



BACHELORARBEIT

Frau
Karolin Geil

**Kampagnenmanagement
gegen Übergewicht
für die Zielgruppen
Erwachsene und Jugendliche**

2016

BACHELORARBEIT

Kampagnenmanagement gegen Übergewicht für die Zielgruppen Erwachsene und Jugendliche

Autorin:
Karolin Geil

Studiengang:
Gesundheitsmanagement

Seminargruppe:
GM13sP3-B

Erstprüfer:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

Zweitprüfer:
Dr. med. Darius Khoschlessan

Einreichung:
Mannheim, 08.01.2016

BACHELOR THESIS

Campaign against overweight for the target groups adults and adolescents

author:
Karolin Geil

course of studies:
health management

seminar group:
GM13sP3-B

first examiner:
Prof. Dr. Volker J. Kreyher

second examiner:
Dr. med. Darius Khoschlessan

submission:
Mannheim, January 8th, 2016

Bibliografische Angaben

Geil, Karolin

Kampagnenmanagement gegen Übergewicht für die Zielgruppen Erwachsene und Jugendliche

Campaign management against overweight for the target groups adults and adolescents

51 Seiten, Hochschule Mittweida, University of Applied Sciences, Fakultät Medien, Bachelorarbeit, 2016

Abstract

Diese Bachelorthesis befasst sich mit einer Kampagne gegen Übergewicht bezogen auf die Zielgruppen Erwachsene und Jugendliche. Hierfür wird der Erfolg der ausgewählten Kampagnen untersucht und überprüft. Der erste Gliederungspunkt Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigt sich mit der Definition von Gesundheit und Prävention und stellt Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber. Weiterhin werden Verhaltens- und Verhältnisänderung differenziert, sowie in die Thematik Übergewicht eingeführt. Des Weiteren werden einige Stakeholder-Positionen in Deutschland und der Punkt Kampagnenmanagement erläutert. Im Hauptteil Kampagnenmanagement gegen Übergewicht für die Zielgruppen Erwachsene und Jugendliche werden zwei Beispielkampagnen aufgeführt und analysiert. Ziel der Bachelorarbeit ist es, die Erfolgsfaktoren der Kampagnen gegen Übergewicht bezüglich der Zielgruppen Erwachsene und Jugendliche kenntlich zu machen.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-------------|
| Inhaltsverzeichnis | V |
| Abbildungsverzeichnis..... | VII |
| Abkürzungsverzeichnis..... | VIII |
| Vorwort..... | IX |
| 1 Einleitung..... | 1 |
| 2 Gesundheitsförderung und Prävention | 3 |
| 2.1 Gesundheit | 3 |
| 2.2 Psychische, physische und soziale Wohlbefinden | 3 |
| 2.3 Gesundheitsförderung und Prävention | 4 |
| 2.3.1 Gesundheitsförderung | 4 |
| 2.3.2 Prävention..... | 7 |
| 2.4 Verhaltens- und Verhältnisänderung | 8 |
| 2.4.1 Verhaltensänderung | 9 |
| 2.4.2 Verhältnisänderung | 9 |
| 2.5 Übergewicht..... | 10 |
| 2.5.1 Definition..... | 10 |
| 2.5.2 Medizinische Therapieansätze | 12 |
| 2.5.3 Diäten | 13 |
| 2.5.4 Gewerbliche Maßnahmen | 15 |
| 2.6 Stakeholder-Positionen in Deutschland | 17 |
| 2.6.1 Institutionelle und Non-Profit-Stakeholder | 18 |
| 2.6.2 Verbraucherschützer | 18 |
| 2.6.3 NGOS | 19 |
| 2.6.4 BzgA..... | 19 |
| 2.6.5 Ernährungsindustrie..... | 20 |
| 3 Kampagnenmanagement..... | 23 |
| 3.1 Definition Kampagne | 23 |
| 3.2 Strategisches Kampagnenmanagement | 23 |
| 3.2.2 Integrierte Kommunikation | 27 |
| 3.2.3 Cross Media | 27 |
| 3.3 Operatives Kampagnenmanagement | 29 |
| 3.3.1 Klassische Instrumente..... | 30 |
| 3.3.2 kommunikative Instrumente | 31 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4 | Kampagnenmanagement gegen Übergewicht für die Zielgruppe Erwachsene und Jugendliche | 32 |
| 4.1 | M.O.B.I.L.I.S | 32 |
| 4.1.1 | Verhaltensorientierte Maßnahmen | 33 |
| 4.1.2 | Verhältnisorientierte Maßnahmen | 35 |
| 4.1.3 | Ergebnisse | 35 |
| 4.2 | 5 am Tag | 36 |
| 4.2.1 | Verhaltensorientierte Maßnahmen | 37 |
| 4.2.2 | Verhältnisorientierte Maßnahmen | 37 |
| 4.2.3 | Ergebnisse | 38 |
| 5 | Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für ein Kommunikationskonzept gegen Übergewicht für Erwachsene und Jugendliche | 40 |
| | Literatur- und Quellenverzeichnis | 44 |
| | Curriculum Vitae..... | XI |
| | Eigenständigkeitserklärung | XII |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1 Zusammenhang der einzelnen Themenfelder der Arbeit..... | 2 |
| Abbildung 2 Veranschaulichung der Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention . | 6 |
| Abbildung 3 Gewichtsunterscheidung | 11 |
| Abbildung 4 Darstellung der Diätformen, eigene Darstellung | 15 |
| Abbildung 5 Ausschnitt der PEB Mitglieder, pebonline..... | 22 |
| Abbildung 6 Systemmodell strategisches Kampagnenmanagement..... | 24 |
| Abbildung 7 Schaubild Cross Media | 29 |
| Abbildung 8 Phasen von M.O.B.I.L.I.S, eigene Darstellung..... | 34 |
| Abbildung 9 Erfolgsfaktoren, eigene Darstellung | 40 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------------------|---|
| WHO | World Health Organisation/ Weltgesundheitsorganisation |
| BMI | Body-Maß-Index |
| Kcal | Kilokalorien |
| BMI | Body-Maß-Index |
| DAG | Deutsche Adipositas-Gesellschaft |
| NGO | Non-Governmental Organization |
| NPO | Non-profit-Organisation |
| BMEL | Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft |
| BzgA | Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |
| BMG | Bundesministerium für Gesundheit |
| BVE | Bundesvereinigung der Deutschen Ernährungsindustrie e.V. |
| BLL | Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V. |
| PEB | Plattform Ernährung und Bewegung e.V. |
| M.O.B.I.L.I.S | multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung |

Vorwort

Die vorliegende Arbeit bildet den Abschluss meines Studiums des Gesundheitsmanagements.

Die Bachelorarbeit möchte ich hiermit meinen Eltern widmen und bedanke mich an dieser Stelle bei allen Personen, die mich bei der Erstellung unterstützt haben und begleitet haben.

Meiner Familie sei an dieser Stelle ein besonderer Dank auszusprechen, vorweg meiner lieben Mutter und meinem Vater, die mir über die Dauer des Studiums in jeder Situation zur Seite standen.

1 Einleitung

Übergewicht bei Erwachsenen und Jugendlichen wächst zu einer immer größer werdenden Herausforderung für das Gesundheitssystem heran.

Im Blick auf die weiter steigende Zahl an übergewichtigen Menschen in Deutschland, dem mäßigen Therapieerfolg sowie die durch Übergewicht beeinflussten Begleit- und Folgeerkrankungen, ist die Optimierung und Verstärkung von präventiven Maßnahmen elementar wichtig. Zu erwähnen ist vor allem, dass die Anzahl an übergewichtigen und adipösen Menschen in Deutschland immer größer wird. Eine Studie des Robert-Koch-Instituts aus dem Jahr 2012, zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, führte einen Anstieg der Adipositas-Prävalenz bei deutschen Männern im Alter von 18 bis 79 Jahren von 18,9% auf 23,3% in den vergangenen zehn Jahren auf. Besonders junge Männer sind davon betroffen (vgl. Ärzteblatt, 2012). Außerdem ist eine Adipositas-Prävalenz von 23,9% bei Frauen der gleichen Altersgruppe festzustellen. Insgesamt sind 67% der Männer und 53% der Frauen als übergewichtig oder adipös einzustufen (vgl. gbe-bund, 2010). Diese negative Entwicklung kann ausschließlich durch konzeptionell verbesserte und qualitativ hochwertige Kommunikationskampagnen verhindert und die Anzahl der nicht zu heilenden, kostenintensiven und chronischen Erkrankungen gemindert werden (vgl. Larisch-Kempf 2011, 57). Nur durch eine bleibende Verhaltens- und Lebensstilländerung besteht die Möglichkeit Übergewicht zu verringern bzw. zu vermeiden. Die Durchführung der Maßnahmen ist nicht nur im Erwachsenenalter bedeutend, sondern spielt bereits in der Kindheit und Jugend eine große Rolle. Doch wie schafft es eine Gesundheitskampagne die Menschen zu erreichen? Durch zahlreiche Kampagnen und verschiedenste erfolglose Produkte ist die Bevölkerung oftmals gegen Anreize immunisiert und die Resignation groß.

Die Bachelorarbeit unterteilt sich in fünf Kapitel: Die Einleitung stellt das erste Kapitel der Bachelorthesis dar. Daraufhin folgt das zweite Kapitel, bei welchem die Themenfelder Gesundheitsförderung und Prävention im Vordergrund stehen. Hierbei wird zunächst der Begriff Gesundheit sowie psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden näher erläutert. Darauf folgend werden die Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung sowie Verhaltens- und Verhältnisänderung differenziert. Die Thematik Übergewicht ist essentiell und wird durch eine Definition, sowie durch die Thematisierung von medizinischen Therapieansätzen, Diäten und gewerblichen Maßnahmen abgedeckt. Auch die Stakeholder-Positionen in Deutschland werden aufge-

führt und schließen dieses Kapitel ab. Im dritten Kapitel wird das Basiswissen des Kampagnenmanagements beschrieben. Dieses wird durch eine Begriffsdefinition, strategisches und operatives Kampagnenmanagement, sowie die Position der Industrie charakterisiert.

Der Hauptteil der Arbeit konzentriert sich auf die Beschreibung, die verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen und die Evaluation der Kommunikationskampagnen. Als Beispiel fungieren das M.O.B.I.L.I.S-Programm und die Gesundheitskampagne 5 am Tag. Grundlegende Auswahlkriterien für die beiden Beispielkonzepte waren, dass sie sowohl die Bereiche Bewegung und Ernährung, wie auch verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen beinhalten und sich mit den Zielgruppen Erwachsene und Jugendliche befassen.

Das fünfte und letzte Kapitel bildet den Abschluss der Bachelorarbeit. Zu Anfang werden die grundlegenden Erfolgsfaktoren eines Kommunikationskonzeptes gegen Übergewicht ermittelt. Diese werden aus den beschriebenen Grundlagen und durch die Ausarbeitung der beiden Praxisbeispiele abgeleitet. Daraufhin werden die Handlungsempfehlungen genannt. Die folgende Abbildung veranschaulicht die Beziehung zwischen den einzelnen Themengebieten der dargelegten Arbeit.



Abbildung 1 Zusammenhang der einzelnen Themenfelder der Arbeit

(Quelle: Eigene Darstellung)

2 Gesundheitsförderung und Prävention

2.1 Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation definiert die Gesundheit eines Menschen als „der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (vgl. WHO 1946). Das englische Wort health ist auf den altenglischen Begriff hale zurückzuführen und wird dem Ausdruck whole zugewiesen, was die Bedeutung heil und ganz enthält (vgl. Faltermayer 2005, 31). Infolge dessen umfasst das Gesundsein nicht nur einen Zustand des eigenen Körpers, sondern impliziert auch die gesellschaftlichen Beziehungen und den Geist.

Gesundheit besitzt somit einen substanziellen Wert, sowohl in der Gesellschaft, als auch individuell. Gesundsein ist daher keine einmal erreichte und andauernde Eigenschaft, sondern wird eher als ein alltägliches und immer neu erzeugbares Gleichgewicht verstanden (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak 2011, 100 ff).

2.2 Psychische, physische und soziale Wohlbefinden

Das psychische, physische und soziale Wohlbefinden wird als ein fundamentales und menschliches Grundbedürfnis angesehen. Das Wohlergehen und die Gesundheit eines Menschen sind nach der WHO gleichgestellt. Menschen bezeichnen sich als gesund, wenn sie „sich in allen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen sowie den jeweils gegebenen Lebensbedingungen befinden“ (vgl. Hurrelmann/Laaser 2006, 749 ff). Gesundheit ist daher ganzheitlich zu betrachten. Dies bedeutet, dass Gesundheit einen Prozess darstellt, der von Beginn des Lebens an einen Einfluss auf biologische, kulturelle, umweltbedingte, ökonomische wie auch soziale Umstände hat. Zusätzlich zum physischen Wohlbefinden, wie beispielsweise ein positives Körpergefühl oder die Abwesenheit von Beschwerden und Erkrankungen und dem psychischen Wohlergehen mit Gefühlen wie Glück oder Lebensfreude, sind auch Leistungspotenzial, Sinnfindung und Selbstverwirklichung essenziell. Das Vorhandensein, die Impression, die Erschließung und die Anmaßung von Ressourcen stehen im Zusammenhang mit Gesundheit und deren Faktoren (vgl. BZgA 2001, 16).

Durch die Förderung der Gesundheit wird dem Einzelnen die Möglichkeit gegeben, ein hohes Maß an Gesundheit erreichen zu können. Aufgrund dieser Vorgänge ist es möglich, die Gesundheit zu stärken. Um ein ausführliches körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erzielen, ist es erforderlich, dass die Bedürfnisse des Einzelnen und des Kollektivs berücksichtigt werden. Sowohl die Wünsche als auch die Hoffnungen sollen wahrgenommen und realisiert sowie die Umwelt bewältigt werden. Dahin gehend ist Gesundheit nicht nur als zentrales Ziel des Überlebens anzusehen. Viel mehr beschreibt Gesundheit einen Zustand, der ständig aufgebaut werden muss und der Verlust ein allgegenwärtiger und natürlicher Vorgang ist (vgl. BzgA 2001, 24 ff). Gesundsein stellt ein positives Konzept dar, das sowohl die sozialen als auch die einzelnen Ressourcen der Gesundheit und auch die körperlichen Möglichkeiten eines Menschen gleich stellt. Für die Gesundheitsförderung ist daher nicht nur der Gesundheitssektor verantwortlich, sondern auch Politikbereiche, die sich über die Entstehung gesünderer Lebensstile hinaus mit der Förderung von lang andauerndem Wohlbefinden befassen (vgl. Ottawa Charta 1986).

2.3 Gesundheitsförderung und Prävention

Weiterführend zum vorherigen Kapitel, in dem das generelle Verständnis über den Bereich der Gesundheit näher erläutert wurde, soll in Punkt 2.3 an die beiden fundamentalen Faktoren, die Gesundheitsförderung und die Krankheitsprävention, angeknüpft werden.

2.3.1 Gesundheitsförderung

Eine Schwierigkeit liegt darin, Gesundheitsförderung und Prävention eindeutig zuzuordnen. Der Grund dafür ist das Fehlen einer einheitlichen Definition bzw. eines zusammenhängenden Verständnisses beider Modelle. Gesundheitsförderung und Prävention werden oftmals als Synonyme verwendet und differenzieren sich daher durch ihre Zielvorstellungen. In der Gesundheitsförderung werden biologische, soziale und psychische Widerstandskräfte und Ressourcen unterstützt. Zielsetzung dabei ist, auf die Gesundheit und das Wohlergehen positiv einzuwirken, während präventive Maßnahmen bei der Erkrankung zur Minderung der Risiken angesetzt werden. Die Gesundheitsförderung knüpft daher an das Leitbild der Salutogenese an (vgl. Gusy/Kleiber 2000, 58).

Gesundheitsförderung beschreibt sämtliche Eingriffshandlungen, die zur Stärkung von individuellen Fertigkeiten zur Bewältigung des Lebens beitragen. Das Intervenieren orientiert sich an der Steigerung der ökonomischen, kulturellen, psychischen und sozialen Voraussetzungen der Lebensgestaltung eines Menschen oder einer bestimmten Gemeinschaft der Bevölkerung. Prämisse eines gelungenen Eingreifens ist, Verständnis mit salutogenetischer Dynamik zu besitzen. Bei der Salutogenese steht vor allem die Zentrierung auf die Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit im Vordergrund sowie die Frage: Warum bleiben Menschen trotz einer Vielzahl von Stress- und Risikofaktoren gesund? Ebenfalls sind hierbei die Ausgangs- und Rahmenbedingungen, um gesund zu sein bzw. zu bleiben, in Betracht zu ziehen (vgl. Hurrelmann 2014, 14).

Das Ziel der Eingriffsform Gesundheitsförderung ist, nicht nur einen individuellen Gewinn an Gesundheit zu erlangen, sondern auch in einer Gruppe von Menschen. Zum einen kann dies erreicht werden, in dem Risiken und Krankheiten eingedämmt werden, zum anderen durch die Unterstützung von gesundheitlichen Ressourcen. Aufgrund dessen bezieht sich die Gesundheitsförderung auf die Dynamik beim Beginn von Gesundheit, während die Krankheitsprävention sich mit der Dynamik vor der Entstehung von Krankheit befasst. Diese analytische Differenzierung, wie auch der bekannte Begriff Salutogenese, ist auf Antonovsky zurück zu führen. Zu verdeutlichen ist dabei, dass die Gesundheitsförderung als Eingriffsform das gleiche Ziel wie die Krankheitsprävention verfolgt, allerdings unterschiedliche Prinzipien der Wirkung besitzt. (vgl. Hurrelmann/Richter 2013, 147). Hierbei werden gesundheitsfördernde Faktoren geschaffen, gefördert und erhalten, um langfristig gesund zu bleiben. Bei der Gesundheitsförderung steht die Erhaltung und Förderung der Gesundheit im Fokus (vgl. BzgA 2001, 84 ff).

Wie in Kapitel 2.2 bereits aufgeführt, wurde in der Ottawa – Charta der WHO die Wichtigkeit von Gesundheit und deren Förderung dargelegt. Im Alltag des Menschen wird Gesundheit immer mehr etabliert. Betrachtet werden nicht mehr nur die einzelnen Lebensgewohnheiten oder Stressoren, es wird sich zudem auf den komplexen Alltag der Menschen konzentriert. Demnach wirken sogenannte Settings direkt oder indirekt auf das Wohlbefinden, das Verhalten und die Gesundheit Einzelner sowie von Gruppen (vgl. Allgöwer 2000, 19). Ein mittelbares Einwirken kann durch Veränderungen der Rahmenbedingungen oder durch die Verfügbarkeit von Diensten oder Programmen auf ein Setting stattfinden. Unmittelbarer Einfluss, durch beispielsweise sozialpolitische

Gesundheitsförderung, kann auf der einen Seite in einem Setting betrieben werden. Dabei werden Bedingungen von Krankheit und Gesundheit in sozialen Systemen, aufgrund von eingeführten Maßnahmen, positiv gestaltet. Diese Maßnahmen können zum Beispiel in Form eines Gesundheitstages oder verschiedener Maßnahmen zur Bewegung agieren. Auf der anderen Seite gibt es das gesundheitsfördernde Setting. Hierbei wird Gesundheit in alle politischen, bildungsbezogenen und administrativen Entschlüsse miteinbezogen. Gesundheit soll daher einen routinemäßigen Einzug in Settings finden. Wichtig ist dabei, dass Einfluss- und Wahlmöglichkeiten etabliert sowie Betroffene zu Beteiligten gemacht werden. Die Evaluation importierter Maßnahmen ist hierfür charakteristisch (vgl. Allgöwer 2000, 19).

Die Vernetzung einzelner Settings miteinander ist besonders entscheidend. Mit der Annahme, dass unterschiedliche Settings übereinstimmende Zielsetzungen anstreben, könnte langfristig auf die Gesundheit eines Menschen eingewirkt werden. Allerdings besteht ein ständiger Wechsel der sozialen Kreise durch verschiedene Bedingungen und Anforderungen (vgl. Naidoo/Willis 2003, 259). Die folgende Abbildung veranschaulicht die Zielsetzung der Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. meb. uni bonn, 2005).

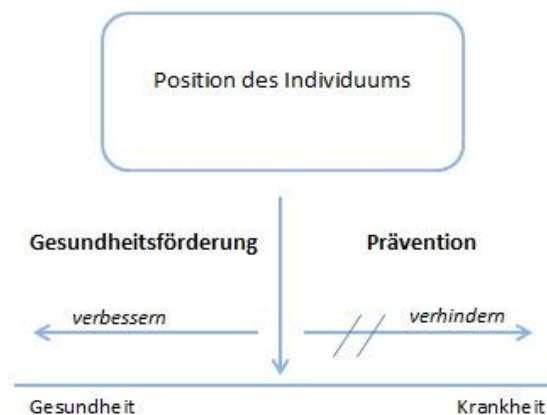


Abbildung 2 Veranschaulichung der Ziele von Gesundheitsförderung und Prävention

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. meb. uni bonn, 2005)

2.3.2 Prävention

Der Begriff Krankheitsprävention wird heutzutage in der verkürzten Form Prävention bezeichnet. Unter Vorbeugung, Vorsorge und Prophylaxe oder Prävention wurden alle Ansätze vereint, die eine Verhinderung des Ausbrechens von Krankheiten und dadurch den Rückgang ihrer Verbreitung und die Abnahme ihrer Auswirkungen zum Ziel hatten. Das Verdrängen der Auslösefaktoren von Krankheiten war und ist bis heute der ausschlaggebende Ansatz. Allerdings ist die Prävention als Interventionsform in ihrer Begrifflichkeit und Eingriffslogik von der Gesundheitsförderung zu differenzieren. Krankheitsprävention definiert alle Eingriffshandlungen, die zur Vermeidung des Eintretens oder der Verbreitung einer Krankheit beitragen. Das Intervenieren zielt auf die Vermeidung und das Abwenden von Risiken ab. Die Basis dafür ist eine Kenntnis pathogenetischer Dynamiken, um somit die Entwicklungs- und Verlaufsstadien zu kennen. Im Wortsinn bedeutet Krankheitsprävention einer Krankheit zuvor zu kommen, um sie abzuwenden oder zu verringern. Dabei verfolgen beide Interventionsformen einen individuellen sowie einen kollektiven Gesundheitsgewinn, sowohl auf Ebene der Exposition als auch auf der Ebene der Disposition (vgl. Hurrelmann 2010, 13 ff).

Die Krankheitsprävention verwendet Maßnahmen zur Verhinderung schädlicher Ausgangsbedingungen und Risiken. Ziel ist es, diese einzudämmen oder sogar auszuschalten. Hierbei liegt der Fokus auf der Vermeidung des Auftretens von Krankheiten (vgl. Hurrelmann 2014, 14 ff).

Präventionsstrategien können bei der Auswahl der Zielgruppe verschieden sein. Auf der einen Seite können sie einen universellen Bezug auf die komplette Bevölkerung nehmen. Dabei findet keine auf Kriterien bezogene Aussonderung der Empfänger statt. Auf der anderen Seite ist der zielgruppenspezifische Ansatz. Dabei werden Adressdaten der Empfänger nach verschiedenen Kriterien ausgewählt, wie beispielsweise soziodemografische Merkmale, die Höhe eines Risikos der Erkrankung oder Kontextmerkmalen. Um bei präventiven Maßnahmen Erfolg zu erzielen, müssen diese zielgruppenspezifisch sein (vgl. Leppin 2004, 34).

Präventionsmaßnahmen können bei der Auswahl der Zielgruppen differenziert werden. Die primäre Prävention tritt vor dem Auftreten einer Erkrankung ein. Die Verhinderung einer Krankheit befasst sich mit dem Neuauftreten durch die Ausschaltung von Risikofaktoren, bevor manifeste Schädigungen hervorgerufen werden. Unterschieden wird

die primäre Prävention in zwei Handlungssätze, die Verhaltens- und Verhältnisprävention. Zum einen befasst sich die Verhaltensprävention mit der Unterstützung der Verhinderung bzw. völligen Aufgabe gesundheitsschädigender Verhaltensweisen. Sie nimmt zudem Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand oder das individuelle Gesundheitsverhalten. Zum anderen ändert die Verhältnisprävention die Strukturen und Prozesse innerhalb der materiellen und sozialen Umwelt, mit dem Ziel der vorbeugenden Eliminierung von Gesundheitsgefahren (vgl. gkv-spitzenverband, 2015). Die sekundäre Prävention erkennt schon vorzeitig eine Gefährdung der Gesundheit oder Erkrankung bei schon eingetretenen Krankheitssymptomen. Mittels einer schnellen Behandlung soll das Fortschreiten verhindert werden. Für sekundärpräventive Maßnahmen werden z.B. Vorsorgemaßnahmen und Früherkennungsmaßnahmen durchgeführt (vgl. Thapa-Görder/Voigt-Radloff 2010, 201). Von tertiärer Prävention wird gesprochen, wenn eine Krankheit bereits vorhanden bzw. ausgebrochen ist. Hierbei soll der Verlauf der Krankheit beeinflusst und eine Verschlimmerung des Krankheitsprozesses unterbunden werden. Somit können Folgeschäden oder Rückfälle vorgebeugt werden. Zu tertiären Maßnahmen gehören Heil- und Folgebehandlungen wie auch rehabilitative Maßnahmen (vgl. Hurrelmann 2004, 32).

2.4 Verhaltens- und Verhältnisänderung

Wie bereits in Kapitel 2.3.2 erläutert, befasst sich das Kapitel 2.4 nun näher mit der Verhaltens- und Verhältnisänderung. Vor allem in der Gesundheitsförderung spielen beide Strategien der Prävention zur Vermeidung von Krankheiten eine wichtige Rolle. Die Gesundheitsförderung zählt zu den Arbeitsfeldern der Gesundheitspsychologie und knüpft an der Gesundheitslehre an. Sie kann sich einerseits verstärkt auf die individuelle Perspektive beziehen und somit auf die Verhaltensänderung setzen oder die Lebensbedingungen in den Vordergrund legen und sich dementsprechend um die Verhältnisänderungen drehen. Im besten Fall agieren beide Konzepte zusammen und die Bemühungen um einzelne Verhaltensänderungen sind mit Anstrengungen zu sozial-ökologischen Verhältnisänderungen verknüpft. Somit können beide präventiven Strategien durch ihre Wechselwirkungen nicht isoliert beurteilt werden. Schlussendlich wird die Gesundheit grundsätzlich durch das Bewusstsein, die Verhaltensweisen und Verhältnisse beeinflusst (vgl. Braun 2004, 89).

2.4.1 Verhaltensänderung

Die Maßnahmen der Verhaltensprävention streben die Veränderung gesundheitsrisikanten Verhaltens an, wie beispielsweise Über- und Fehlernährung, Bewegungsmangel oder Stress. Hierbei wird mit verschiedenen Methoden versucht, wie Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung, entgegenzuwirken. Durch Maßnahmen der Gesundheitsaufklärung und –beratung soll das Wissen über Gesundheitsrisiken vermittelt und intensiviert werden, um die Sichtweise des Menschen zu Gesundheitsproblemen bzw. dem aktuellen Verhalten zu korrigieren. Werden dadurch Maßnahmen zur Gesundheitserziehung integriert, resultiert aus dieser Einstellungsänderung ebenfalls eine Veränderung des eigenen Verhaltens. Kritisiert wird jedoch, dass die Menschen einen Überfluss an Informationen über Gesundheitsrisiken erhalten und mit Erwartungen, ein gesundheitsgerechtes Verhalten auszuüben, überschüttet werden (vgl. Schwarzer 1992, 300). Dieser Informationsüberfluss trägt zu einer Desorientierung und Verunsicherung bei. Dies verursacht einen gegenteiligen Effekt der verhaltenspräventiven Ziele, wie z.B. Hoffnungslosigkeit, Passivität und Rückzug aus allen präventiven Bemühungen. Um die genannten Effekte zu verringern, sollen Präventionsmaßnahmen nicht an die breite Masse der Bevölkerung, sondern viel mehr gezielt an die Risikopopulation gerichtet werden. Vorgesehen ist zudem ein Paradigmenwechsel durch die verstärkte Hinwendung von der Verhaltens- bis hin zur Verhältnisprävention. Zunächst wird mit den Maßnahmen der Verhaltensprävention begonnen und danach mit verhältnisbezogenen präventiven Maßnahmen fortgefahren. Bei allen verhaltensbezogenen Maßnahmen sind immer auch verhältnisbezogene Bedingungen und Einflussfaktoren miteinzubeziehen (vgl. Waller 2006, 193 ff). Die Verhältnisprävention nimmt Einfluss auf den individuellen Zustand der Gesundheit oder auf das individuelle Gesundheitsverhalten (vgl. Hurrelmann 2014, 40).

2.4.2 Verhältnisänderung

Maßnahmen der Verhältnisprävention beziehen sich auf die Kontrolle, Reduzierung oder Beseitigung von Gesundheitsrisiken in den Umwelt- und Lebensbedingungen und werden im Allgemeinen durch staatliche Maßnahmen, basierend auf Gesetzen und Verordnungen, realisiert. Zusätzlich spielt auch der Arbeitgeber bzw. der Arbeitsschutz eine entscheidende Rolle, durch beispielsweise vorbeugende Gestaltung der Arbeitsbedingungen durch organisatorische und technische Maßnahmen der Arbeitsgestaltung (vgl. Braun 2004, 89). Hauptsächlich befassen sich verhältnisbezogene

Maßnahmen mit der Einwirkung auf die Gesundheit oder Krankheit durch eine Veränderung der Lebensbedingungen oder -umwelt von Personen (vgl. Hurrelmann 2014, 40). Die Verhältnisprävention und die Politik liegen eng beieinander. Als relativ schwierig erweist sich dabei der Prozess von der Erkennung einer Gesundheitsgefahr bis zur Entwicklung von präventiven Maßnahmen, die diese Risiken mindern oder beseitigen. Bei Zusammenhängen zwischen Umweltfaktoren und Gesundheitsschäden werden gesetzliche Regelungen und Verordnungen gefestigt. Dieser Prozess ist meist durch eine Übereinstimmung zwischen Ökologie und Ökonomie bzw. Gesundheit beschrieben. Mit der Verabschiedung von Gesundheitsschutzmaßnahmen, einer ständigen Kontrolle und weiteren Anstrengungen zur Verbesserung werden diese Maßnahmen komplettiert. Die Gesetzgebung im Gesundheitsbereich liegt weitestgehend in der Hand des Bundes (vgl. Waller 2006, 196).

2.5 Übergewicht

2.5.1 Definition

Als Übergewicht definiert man ein erhöhtes Körpergewicht in Relation zur Körpergröße (vgl. Pschyrembel 2002, 1711). Grundsätzlich bezeichnet Übergewicht den Übergang vom Normalgewicht zu Adipositas. Der lateinische Begriff Adepts bedeutet Fett, worauf das Wort Adipositas, auch Fettleibigkeit oder Fettsucht, zurückzuführen ist. Dabei handelt es sich um krankhaftes Übergewicht, aus dem eine gesundheitliche Beeinträchtigung resultiert. Ein erhöhtes Körpergewicht wird bis zu einem bestimmten Ausmaß oft nicht als gefühlsmäßige Auswirkung wahrgenommen. Jedoch besitzt Übergewicht bereits einen Einfluss auf den gesundheitlichen Verlauf des Menschen und dessen Folgeerkrankungen (vgl. Wirth 2008, 6).

Methoden, die zur Feststellung des Körpergewichts und dem daraus zu schließenden Übergewicht dienen, können verschieden sein. Eine Methodik ist beispielsweise die Anthropometrie, welche durch das Messen der Körpermaße funktioniert. Das Wiegen des Körpergewichts ist zudem eine der wichtigsten Methoden in der Ernährungsanthropometrie. Folgend kann Übergewicht auch durch die Feststellung des Körperfettanteils bestimmt werden. Hiermit ist eine sehr genaue Beurteilung des Adipositas-Grades festzustellen. Die Körperfettmessung ist ein ausgedehntes Verfahren, bei dem die Verteilung der Muskelmasse ins Verhältnis zum Fettanteil im Körper gesetzt wird. Dabei kann der Körperfettanteil einerseits durch ein indirektes und andererseits durch ein direk-

tes Verfahren ermittelt werden (vgl. Goldapp/Mann 2004, 13). Eine weitere jedoch umstrittene Feststellungsmethode zur Klassifizierung des Körpergewichts kann durch die Ermittlung des Body-Maß-Index erfolgen. Zur Klassifizierung des Gewichts wird der BMI wie folgt beschrieben:

- $\text{BMI (kg/m}^2\text{)} = \text{Körpergewicht/Körpergröße}^2$

Die WHO definiert Übergewicht anhand eines BMI von größer oder gleich 25. Bei einem BMI von größer oder gleich 30 wird von Adipositas/Fettleibigkeit gesprochen (vgl. WHO 2007). Die Ergebnisse stehen hierbei immer in einem sichergestellten Verhältnis bezüglich der Morbidität und Mortalität des betroffenen Menschen. Außerdem differenzieren sich die Ergebnisse nach geschlechtsspezifischen Merkmalen. In der Abbildung 4 wird in verschiedene Gewichtskategorien unterschieden.

| Kategorie | BMI | Risiko für Folgeerkrankungen |
|---------------------|-------------|------------------------------|
| Untergewicht | < 18,5 | niedrig |
| Normalgewicht | 18,5 – 24,9 | durchschnittlich |
| Übergewicht | > = 25,0 | |
| Präadipös | 25 – 29,9 | gering erhöht |
| Adipositas Grad I | 30 – 34,9 | erhöht |
| Adipositas Grad II | 35 – 39,9 | hoch |
| Adipositas Grad III | > = 40 | sehr hoch |

Abbildung 3 Gewichtsunterscheidung

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. WHO, 2009)

Bei Übergewicht spielen vor allem mangelnde Bewegung, unzureichende Ernährung und das seelische Wohlbefinden entscheidende Rollen. Besonders das seelische Wohlergehen wird oftmals vernachlässigt und außen vorgelassen. Dabei führt depressives Verhalten oftmals auf einen niedrigen Serotonin- bzw. Blutzuckerspiegel zurück. Das Verlangen nach kohlenhydratreichem Essen, welches auch zuständig für den Blutzuckerspiegel ist, ist nicht selten der Auslöser für einen niedrigen Serotoninspiegel. Serotonin ist ein wesentliches Hormon im menschlichen Körper und für das seelische Wohlbefinden verantwortlich. Serotonin hat die Kontrolle über den Appetit, beeinflusst die Müdigkeit oder das Wachwerden, regelt gelegentlich das Schmerzempfinden, regu-

liert die Körpertemperatur und besitzt weitere signifikante Funktionen. Um das Verlangen zu stillen, wird nicht nur zu Obst gegriffen. Süßigkeiten und andere industriezuckerhaltigen Produkte leisten dabei Abhilfe (vgl. Grillparzer 2013, 33). Bei erhöhtem Verlangen sprechen Forscher von einer Zuckersucht. Unter Zuckersucht wird die Verbindung zwischen dem Zuckerkonsum und einem Suchtverhalten verstanden. Daher basiert eine Zuckersucht häufig auf einer falschen Ernährung. Zucker führt nicht nur zu Übergewicht, sondern steigert zusätzlich das Diabetesrisiko (vgl. Nesterenko 2010, 92 ff).

2.5.2 Medizinische Therapieansätze

Gezielte Therapieprogramme im Zusammenhang mit Aufenthalt in einem Krankenhaus oder in einer Rehabilitationsklinik sind bei einem hohen Schweregrad von Übergewicht in Betracht zu ziehen. Bei einem BMI von größer 30 kann einem übergewichtigen Patienten oftmals nicht mehr mit Ernährungs-, Bewegungs- und Verhaltenstherapie allein geholfen werden. Zusätzlich kommen Medikamente zur Gewichtsreduktion zum Einsatz. Diese medikamentöse Behandlung ist nur durchzuführen, wenn während der ersten vier Wochen eine Gewichtsabnahme von mindestens zwei Kilogramm erfolgt. Appetitzügler bzw. Abmagerungsmittel werden hierbei, zuzüglich zu einer ausführlichen Ernährungs-, Bewegungs-, und Verhaltenstherapie, angewendet. Diese medikamentösen Mittel enthalten Quellstoffe, wie z.B. Carmellose und Algin. Die beiden Stoffe füllen den Magen und mindern den Appetit durch eine Ausdehnung der Magenwand (vgl. onmeda, 2008). Nach der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (DAG) sind derzeit drei Wirkstoffe zugelassen, nämlich Sibutramin, Orlistat und Rimonabant. Der Wirkstoff Sibutramin zügelt den Appetit und greift durch eine selektive Hemmung der Wiederaufnahme, der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin, in die zentrale Hunger-Sättigungs-Regulation ein. Mittels des Lipaseinhibitor Orlistat wird die Pankreaslipase gehemmt, wodurch die Fettresorption um 20% bis 30% verringert wird. Somit kann eine zusätzliche Gewichtsreduzierung von 3 bis 4 Kilogramm über 6 bis 8 Monate im Vergleich zu ausschließlich diätischen Maßnahmen erreicht werden. Der Wirkstoff Rimonabant beeinflusst sowohl zentral als auch peripher auf das Endocannabinoidsystem (vgl. Leitzmann/Müller/Michel/Brehme/Triebel/Hahn/Laube 2009, 298). Jedoch maßgebend dabei ist, dass eine Pharmakotherapie nur in Kombination mit einem Basisprogramm, wie beispielsweise einer Ernährungstherapie, einer Bewegungstherapie oder einer Verhaltenstherapie, durchzuführen ist. Neben der medikamentösen Therapie gibt es auch die operative Behandlungsmöglichkeit. Laut der S3-Leitlinien der

DAG, ist ein chirurgischer Eingriff erst nach dem Fehlschlagen der konservativen Behandlungsmöglichkeiten zu empfehlen und wenn folgende Faktoren vorliegen:

- Adipositas Grad III und BMI von mehr als 40 kg/m² oder
- Adipositas Grad II und BMI von größer 35 kg/m² und kleiner 40 kg/m² mit erheblichen Komorbiditäten (Begleiterkrankungen) sowie
- Adipositas Grad I und BMI größer 30 kg/m², kleiner 35 kg/m² und bei Patienten mit T2DM (Sonderfälle)

Durch Verfahren, wie die Verkleinerung des Magens oder einer Verkürzung des Dünndarms, werden operative Maßnahmen durchgeführt. Auch die Fettabsaugung ist eine weitverbreitete Methode. Diese ist dem Patienten jedoch nicht als langfristige Therapiemaßnahme zu empfehlen, da lediglich eine räumlich umschriebene Reduktion der Menge an Fett durchführbar ist (vgl. DAG, 2014)

2.5.3 Diäten

Der Begriff Diät beschreibt, ebenfalls bezogen auf die griechische Definition, sowohl die Ernährung als auch die gesamte und damit auf die physische und psychische Lebenseinstellung. Das griechische Wort *diaita* bedeutet übersetzt Diät und definiert die Grundlage einer vernünftigen Lebensführung, die eine adäquate Ernährung, angemessene körperliche Aktivität und die Vermeidung schädlicher Verhaltensweisen aufweist. Die Diät befasst sich immer mehr mit der Reduktion von Kalorien. Seit Neuem steht allerdings der Begriff Life-Style-Modifikation, die sogenannte Lebensstiländerung, im Vordergrund. Die Life-Style-Modifikation beschäftigt sich zum einen mit einer vernünftigen Ernährung und zum anderen befasst sie sich mit angemessenen Verhaltensweisen, setzt eine Ernährungsumstellung lediglich als Basis voraus und strebt eine langfristige Änderung an. Zu einer vernünftigen und ausgewogenen Ernährung zählt der Verzehr von ernährungsphysiologischen sinnvollen Lebensmitteln. Hierzu gehören beispielsweise Obst, Gemüse, Vollkornprodukte und Hülsenfrüchte, kleine Mengen fettarmer Milch und Milchprodukte, wie auch Fisch, Fleisch und Eier. Eine energiereduzierte Mischkost hat sich, mit deutlich gemindertem Kohlenhydratgehalt und hoher Fettzufuhr, ebenfalls etabliert. Als wichtig anzusehen sind der reichliche Verzehr von Obst und

Gemüse, sowie die Auswahl ernährungsphysiologisch hochwertiger Fette, wie z.B. Oliven- oder Rapsöl. Diäten, die als therapeutische Maßnahme durchgeführt werden, müssen rational nachvollziehbar, wissenschaftlich belegbar und bezüglich ihres Erfolges kontrollierbar sein. Diäten, die das angestrebte Ziel einer langfristigen Gewichtsreduktion bei Übergewicht oder Adipositas nicht erfüllen und nicht wissenschaftlich belegt sind, sind nicht empfehlenswert und sollten nicht länger oder gar nicht durchgeführt werden (vgl. Wechsler 2003, 246).

Zur Gewichtsreduktion existiert eine unüberschaubare Anzahl von Diäten. Sie lassen sich in Fastenkuren bzw. enorm niedrigkalorische Kostformen, energiereduzierte Mischkostformen, Diäten mit extremen Nährstoffrelationen und Blitz- und Wunderdiäten untergliedern. Ergänzend gibt es unterschiedliche Programme zur Reduzierung des Körpergewichts, die neben der Ernährung weitere Komponenten, wie eine Verhaltens- und Bewegungstherapie, enthalten. Ebenso werden zur Gewichtsreduzierung unzählige Ernährungsformen angewendet. Dazu zählen beispielsweise Diäten mit extremen Nährstoffrelationen, bei denen auf eine Erreichung einer einseitigen Nährstoffzusammensetzung gezielt wird. Bei weiteren Diätformen, wie z.B. proteinreiche Diäten, setzt sich die Nahrungsenergie bis zu 50% aus Proteinen zusammen. Dabei ist die Aufnahme von Fetten eher sehr gering. Durch eine gute Sättigung kann eine Gewichtsabnahme erzielt werden. Zusätzlich gibt es kohlenhydratreiche und kohlenhydratarme Diäten. Bei einer kohlenhydratreichen Diät handelt es sich meist um eine erhöhte Zufuhr an Ballast- und Mineralstoffen, Vitaminen und sekundären Pflanzenstoffen. Der Sättigungseffekt ist dabei sehr hoch. Eine kohlenhydratarme Diät basiert auf einer Eindämmung der Kohlenhydratzufuhr. Ein weitläufiger Begriff für diese Diätform ist die Low-Carb-Diät. Proteinreiche und fetthaltige Lebensmittel stehen hierbei im Vordergrund. In der folgenden Abbildung werden die genannten Diätformen anhand von Beispielen näher erläutert (vgl. Leitzmann/Müller/Michel/Brehme/Triebel/Hahn/Laube 2009, 299 ff).

| Diätformen | Reduktionsdiät | Lebensmittelauswahl | Erfolg/ mögliche Risiken | Ernährungsphysiologische Bewertung |
|-----------------------------------|----------------|---|---|---|
| Proteinreiche Reduktionsdiät | Manager-Diät | <ul style="list-style-type: none"> • Fleisch, Fisch, Eier, Milch und Vollkornprodukte • Verzicht auf Zucker, Alkohol und Weißbrot | <ul style="list-style-type: none"> • Gewichtsreduktion erfolgt sehr schnell • Wahrscheinlichkeit eines Langzeiterfolges ist eher niedrig | <ul style="list-style-type: none"> • Überhöhte Proteinzufuhr • mangelnde Kohlenhydratzufuhr |
| Kohlenhydratreiche Reduktionsdiät | Kartoffel-Diät | <ul style="list-style-type: none"> • Kartoffeln zu jeder Mahlzeit (ausgenommen von: Pommes frites, Kartoffelchips) • Circa 1000 kcal/d | <ul style="list-style-type: none"> • Schnelle Gewichtsabnahme bei ausreichendem Sättigungsgefühl • Durch Eintönigkeit erfolgt meist ein vorzeitiger Abbruch | <ul style="list-style-type: none"> • Langfristig ist die Kalzium- sowie Eisenzufuhr kritisch |
| Kohlenhydratarmer Reduktionsdiät | Atkins-Diät | <ul style="list-style-type: none"> • Üppige Gerichte mit Fleisch, Fett, Eiern, Käse • Brot, Zucker, Obst, Gemüse wird gemieden • Supplementierung von Vitaminen und Mineralstoffen | | <ul style="list-style-type: none"> • Enorm einseitige Diät • Langfristig nicht zu empfehlen |

Abbildung 4 Darstellung der Diätformen, eigene Darstellung

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. Leitzmann, 2009)

2.5.4 Gewerbliche Maßnahmen

Wie im vorherigen Kapitel bereits erläutert, gibt es verschiedenste Diätformen, um Übergewicht oder Adipositas entgegen zu wirken. Auch gewerbliche Maßnahmen, wie beispielsweise gezielte Diätprogramme, -Shakes, Fitnesskurse sowie Slow- oder Fast-food, bieten die Möglichkeit zur Gewichtsreduktion. Das Unternehmen Weight Watchers praktiziert eines der weltbekanntesten Diätkonzepte. Durch das erfolgreiche Element der Gruppentreffen zählt das Unternehmen mit seinem Diätprogramm zu den Bekanntesten. Mit den Jahren erweiterte sich das Programm und kann heute auch alleine und online genutzt werden. Diese Methode unterscheidet sich durch das spezielle Punktesystem, indem keine Kalorien, sondern Points je Nahrungsmittel oder Gericht gezählt werden. Dabei errechnen sich die Points daraus, wie hoch der Eiweiß-, Fett-, Kohlenhydrat- und Ballaststoffgehalt eines Lebensmittels ist. Durch dieses Diätkonzept besteht die Möglichkeit den Speiseplan nach Belieben zu erstellen, solange das persönliche Punktbudget nicht überschritten wird (vgl. Weight Watchers, 2015).

Eine körperliche Betätigung fördert nachweislich die Reduzierung eines erhöhten Körpergewichts und ist und wirkt sich stabilisierend auf das erreichte Gewichtsniveau aus.

Maßnahmen, wie der Abbau von Bewegungsmangel, erhöhtes Zufußgehen und die Entwicklung eines Bewegungsprogrammes, können gezielt zur Wirksamkeit einer Therapie bei adipösem Zustand und vor allem zur Senkung der Morbidität beitragen. Dabei müssen sitzende Tätigkeiten verringert und Strategien zur körperlichen Aktivität erhöht werden, um dadurch einen erhöhten Energieverbrauch zu erzielen. Unternehmen haben diese positiven Effekte der körperlichen Bewegung erkannt und stellen diese in Form von Dienstleistungen dar (vgl. Branca/Nikogosian/Lobstein 2007, 39). Beispielsweise kann sich in einem Fitnessstudio körperlich bewegt bzw. Sport durch Kurse oder Gerätetraining betrieben werden. Dort werden viele unterschiedliche Kurse angeboten, welche die Mitglieder nutzen können, um eine Gewichtsreduktion zu erreichen. Zum Beispiel können Aqua Fitness Kurse in den Studios besucht werden, in denen ein Schwimmbad verfügbar ist. Hierbei handelt es sich um intensive Übungen im Wasser, um mit zusätzlicher Belastung zu trainieren und Kalorien zu verbrennen. Weitere Kursangebote, wie Cardio Workouts, Lauftreffs oder Nordic Walking stärken nicht nur die Kondition, sondern verbrennen eine Menge Kalorien und können somit positiv zum Abnehmen beitragen. Seit einiger Zeit werden auch Tanzkurse als Workouts angeboten, wodurch ebenfalls Effekte bei der Gewichtsreduzierung erzielt werden können (vgl. Pahmeier/Niederbäumer 2014, 171 ff).

Unter Formulardiäten werden in erster Linie auf Eiweiß basierte Getränke, aber auch Lebensmittel, mit einem niedrigen Kaloriengehalt, verstanden. Ein bekanntes Beispiel für ein Eiweißgetränk ist die Almased Vitalkost. Hierbei werden während der Reduktionsphase zwei Mahlzeiten durch die Almased Vitalkost und eine Mischkostmahlzeit empfohlen (vgl. Leitzmann/Müller/Michel/Brehme/Triebel 2009, 304 ff). Bei den Eiweißshakes handelt es sich um Nährstoffpulver in verschiedenen Geschmackssorten, die häufig in Form von Milchshakes zu sich genommen werden. Diese enthalten einen Mindestgehalt von 50 Gramm Eiweiß, 90 Gramm Kohlenhydraten und 7 Gramm essentiellen Fettsäuren und ist nach der EU-Richtlinie 96/8 vorgegeben. Dazu gehört ebenfalls die notwendige und täglich vorgeschriebene Zufuhr von Vitaminen, Mineralien und Spurenelementen. Durch Formulardiäten besteht die Möglichkeit bis zu 10 Kilogramm pro Monat an Gewicht zu reduzieren (vgl. Paumgartner 2013, 785).

Zu den gewerblichen Maßnahmen sind auch Fast Food und Slow Food zu nennen. Der Begriff Fast Food etablierte sich in den 50er Jahren in den USA und durch die Amerikanisierung ebenfalls in Deutschland (vgl. Schweizerische Gesellschaft für Ernährung 2004, 25). Beispielsweise führen Schnellimbissketten, wie McDonalds, Burger King

oder Pizza Hut, hauptsächlich Fast Food und trugen deshalb im Laufe der Jahre zur Verbreitung des Ausdruckes und seiner Bedeutung bei. Charakteristisch zeichnet sich Fast Food durch das namensgebende Attribut, die Schnelligkeit, aus. Sowohl die Zubereitung, der Vorgang des Verkaufes als auch der Verzehr verlaufen rapide (vgl. Büttner 2014, 3). Beim Fast Food ist daher die bloße Nahrungsaufnahme vordergründig. Fast Food Gerichte besitzen allerdings häufig eine geringe Nährstoffdichte. Dies bedeutet, dass beispielsweise ein Burger oder ein Sandwich zwar eine hohe Menge an Kalorien aufweist, allerdings nur über einen niedrigen Anteil an Vitaminen, Mineral- und Ballaststoffen verfügt. (vgl. Gola 2011, 77 ff). Bei Slow Food handelt es sich um eine Gegenbewegung, um Fast Food und Fast Life entgegenzuwirken. Ziel dabei ist es, lokale Traditionen aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig sollen die Konsumenten aufgeklärt werden, woher ihr Essen kommt und wie es schmeckt. Nachhaltigkeit steht hierbei im Vordergrund (vgl. Slow Food, 2015).

2.6 Stakeholder-Positionen in Deutschland

Der englische Begriff Stakeholder bedeutet ins Deutsche übersetzt Anteilshalter und definiert Anspruchsgruppen. Diese beschreiben Personen oder Gruppen, die ein berechtigtes Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses oder Projektes haben (vgl. Schnetzer 2013, 184). Stakeholder lassen sich in interne und externe Bezugsgruppen differenzieren und in vier verschiedene Bezugspunkte einordnen, wie den Absatzmarkt, den Arbeitsmarkt, den Kapitalmarkt und die Gesellschaft. Außerdem wird in primäre und sekundäre Stakeholder unterschieden. Bei primären Anspruchsgruppen handelt es sich um Gruppen, die einen direkten Einfluss auf unternehmerische Entscheidungen haben, wie z.B. Anteilseigner, Mitarbeiter oder Kunden. Sekundäre Stakeholder zeichnen sich durch eine indirekte Verbindung mit dem Unternehmen aus, wie regulierende und gesetzgebende Institutionen, Interessengruppen und Medien (vgl. Hermann 2005, 102 ff). Unzählige Stakeholder spielen eine wichtige Rolle im wachsenden Ernährungssektor, sowohl national als auch global. Festzustellen ist eine steigende Macht der Politik und Medien, von Krankenkassen und Nichtregierungsorganisationen sowie von Verbänden und Verbrauchern. Stakeholder sind daher mit dem Begriff strategische Anspruchsgruppen gleichzusetzen. Zu den Anspruchsgruppen in einem Unternehmen gehören z.B. Mitarbeiter, Zulieferer, Kunden, Kapitalgeber, Verbände, Nichtregierungsorganisationen, wissenschaftliche Einrichtungen oder die Regierung (vgl. Hofert 2003, 19).

2.6.1 Institutionelle und Non-Profit-Stakeholder

Die Position der institutionellen Stakeholder richtet sich an die Interessen der Öffentlichkeit (vgl. Aydin 2015, 7). Diese Interessengruppen wirken vor allem durch die Formulierung von gesetzlichen Regeln und Erfordernissen, sowie Kraft ihres staatlich legitimierten Aufsichtsrechtes auf die Unternehmen ein (vgl. Schuppisser 2002, 37).

Bei Nonprofit-Organisationen (NPO) handelt es sich beispielsweise um Kultur- und Sportvereine, Genossenschaften, Wohlfahrtsverbände, Universitäten, Interessenvertretungen, Parteien, Krankenhäuser, sowie Umwelt- und Selbsthilfegruppen. Diese Totalität stellt einen gemeinnützlichen Sektor, den Nonprofit Sektor, dar. NPO verfolgen keine erwerbswirtschaftlichen Zwecke. Sie befassen sich mit den Aufgaben, die von institutionellen Formen nicht oder wenig effektiv bearbeitet werden. Die Unterscheidung von erwerbswirtschaftlichen Unternehmen liegt primär auf dem Merkmal der Bedarfsdeckung als eigentliches Ziel, von der öffentlichen Hand durch ihre private Organisationsform. Wichtige Tätigkeitsfelder der NPO sind z.B. die Branchen Gesundheitswesen oder soziale Dienste. Aber auch Sektoren, wie Bildung und Forschung, Kultur, Freizeit, Sport, Religion und Umwelt sind zu nennen (vgl. Stötzer 2009, 9 ff).

2.6.2 Verbraucherschützer

Als Verbraucherschützer werden Käufer, Endverbraucher oder Letztverwender von Dienstleistungen und Gütern bezeichnet. Dabei handelt es sich um Konsumenten, die im wirtschaftlichen Sinne einzelne Personen, Haushalte oder größere Gruppen darstellen (vgl. Kirchner/Pollert/Polzin 2004, 28). Zum Verbraucherschutz lassen sich alle rechtlichen Vorschriften, die den Konsument vor Benachteiligungen im Wirtschaftsleben bewahren und seine rechtliche Stellung stärken soll, zuordnen (vgl. Kirchner/Pollert/Polzin 2004, 375). Der Verbraucherschutz bezüglich Ernährung in Deutschland orientiert sich am gesundheitlichen Verbraucherschutz. Laut Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz in § 8 dürfen Lebensmittel ausschließlich dann hergestellt oder behandelt werden, wenn dadurch die Gesundheit nicht geschädigt werden kann. Außerdem schützt dieses Gesetz den Verbraucher vor Täuschungen, da Lebensmittel nicht mit scheinbaren Bezeichnungen oder Aufmachungen auf den Markt gebracht werden (vgl. Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz, 2002). Für den Verbraucher und dessen Fragen und Aufklärung ist das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) autorisiert. Ein weiteres Beispiel eines Verbraucher-

schützers ist der gemeinnützige Verein foodwatch. Dieser dient ebenfalls zur Aufklärung der Konsumenten vor verbraucherfeindlichen Verfahrensweisen der Lebensmittelindustrie. Foodwatch ist nicht vom Staat oder der Lebensmittelwirtschaft abhängig und finanziert sich durch Fördermittel und Spenden selbst (vgl. foodwatch, 2015). Beispiel für ein System für den Schutz der Verbraucher, stellt die Lebensmittelkennzeichnung oder Ampel-Kennzeichnung dar. Mit Hilfe einer farblichen Markierung, werden Lebensmittel hinsichtlich ihres Gehalts an Gesamtfett, gesättigten Fettsäuren, Zucker und Salz, eingestuft. Dabei definiert die Farbe Grün eine geringe, Gelb eine mittlere und Rot eine hohe Segmentierung. Aus Sichtweise der Verbraucherzentrale und weiteren Verbraucherschutzorganisationen verhilft die Ampel-Kennzeichnung dazu, eine Beurteilung der Nährstoffmenge für den Verbraucher möglich zu machen (vgl. Hoffmann/Schwarz/Mai 2012, 166 ff).

2.6.3 NGOS

Non-Governmental Organizations bezeichnen sich im Deutschen als Nichtregierungsorganisationen. Sie charakterisieren sich durch ihre Unabhängigkeit von Regierungen. Dabei ist zu verdeutlichen, dass NGOs weder dem Staatssektor noch dem Marktsektor zugehörig sind, sondern grundsätzlich in die Zivilgesellschaft eingegliedert werden. Die Zivilgesellschaft beschreibt einen Teil der Gesellschaft, welcher sich zwischen dem öffentlichen und dem privaten Raum bewegt. NGOs sind nicht nur in der Dienstleistung zu finden, sondern spielen ebenso eine grenzüberschreitende Rolle in der Politik, da sie politischen Druck bewirken, investigativ tätig sind, Expertisen bereitstellen, politische und wirtschaftliche Verfehlungen aufdecken können oder sich als Verteidiger für schlecht repräsentierte Interessen einsetzen (vgl. Fröhlich 2015, 96 ff).

2.6.4 BzgA

Bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) handelt es sich um eine obere Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). Stellvertretend für den Bund nimmt die BzgA Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wahr. Durch Kampagnen, Programme und Projekte werden zuvor entwickelte Strategien realisiert. Gesellschaftliche Anforderungen, wie z.B. der demografische und soziale Wandel oder das Krankheitspanorama, werden thematisiert. Präferenz hat dabei die Schaffung von mehr Gesundheit für die Menschen. Zielsetzung dabei ist, die Möglichkeit und die Bereitschaft des Individuums zu einem

verantwortungsbewussten, gesundheitsgerechten Verhalten und zu einer sachgerechten Nutzung des Gesundheitssystems zu unterstützen (vgl. BzgA, 2006). Ebenfalls liegt der Fokus der BzgA auf der Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalte und Methoden der praktischen Gesundheitserziehung, der Ausbildung und Fortbildung, der auf dem Bereich der Gesundheitserziehung und –aufklärung tätiger Menschen. Außerdem beschäftigt sie sich mit der Koordinierung und Stärkung der gesundheitlichen Aufklärung, der Gesundheitserziehung im Gebiet des Bundes und der nationalen Zusammenarbeit (vgl. BzgA, 2008).

2.6.5 Ernährungsindustrie

Die Ernährungs- oder auch Lebensmittelindustrie zählt zu den wesentlichsten Wirtschaftszweigen im verarbeitenden Gewerbe in Deutschland. Dadurch, dass in der Ernährungsindustrie überwiegend Produkte für den Endverbrauch hergestellt werden, ist sie nicht so sehr in den Vorleistungsverbund der deutschen Wirtschaft integriert. Die Lebensmittelindustrie beschreibt sich als eine eher defensive Branche, die verhältnismäßig schwach auf konjunkturelle Schwankungen reagiert. Sie erzielt ihren Nutzen aus einer eher unelastischen Nachfrage, ähnlich wie z.B. das Gesundheitsgewerbe oder die Energieversorgung. Obwohl ein intensiver Wettbewerb vorhanden ist, hat die Branche eine meist kleinteilige Struktur und zeigt, vergleichsweise zum verarbeitenden Gewerbe, insgesamt eine kleinere Konzentration auf. Außerdem ist die Branche handwerklich beschaffen und branchenspezifische Berufe residieren im Handwerk. Überwiegend entstehen die Kosten durch den Bezug von Agrarrohstoffen, welche mehr als die Hälfte der Aufwendungen ausmacht (vgl. GWS, 2012).

Wichtig zu nennen ist hierbei die Bundesvereinigung der Deutschen Ernährungsindustrie e.V. (BVE). Sie definiert einen Interessenverband der Fachverbände und Unternehmen der deutschen Ernährungsindustrie. Die zentrale Aufgabe des Verbandes besteht in der Sicherung und Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen der Ernährungsindustrie in Deutschland. Wichtig ist dem Verband dabei weniger Regulierung und Bürokratie, jedoch mehr Freiraum für Unternehmen und Eigenverantwortung für die Bürger zu schaffen. Zugehörig sind bedeutende Fachverbände und Unternehmen wichtiger Branchen der Ernährungsindustrie, wie beispielsweise der Förderverein der Deutschen Ernährungsindustrie e.V. (vgl. bve online, 2015).

In Kooperation mit dem BVE stehen wichtige Verbände, wie z.B. der Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V. (BLL), sowie die Plattform Ernährung und Bewegung e.V. (PEB). Beim BLL handelt es sich um den Spitzenverband der deutschen Lebensmittelwirtschaft, zu dem rund 500 Verbände und Unternehmen der gesamten Lebensmittelkette zählen. Hierzu gehören beispielsweise Industrie, Handel, Handwerk, Landwirtschaft und angrenzende Gebiete, wie auch mehrere Einzelmitglieder. Themenfelder der Lebensmittelkunde und dem Lebensmittelrecht, wie z.B. die Lebensmittelhygiene, Kennzeichnung, nährwert- und gesundheitsbezogene Angaben, Zusatzstoffe, Gentechnik, Qualitätssicherung, Nahrungsergänzungsmittel oder Öko-Lebensmittel, befinden sich im Tätigkeitsbereich des BLL. Des Weiteren wurde die PEB unter anderem von der BLL, des damaligen Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz, dem Bundeselternrat und der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendmedizin, ins Leben gerufen. Ziel ist es, eine gesunde Lebensweise mit ausgewogener Ernährung und mehr Bewegung bei Kindern und Jugendlichen erfolgreich zu fördern und dadurch Übergewicht präventiv entgegen zu wirken. Die PEB hat heute mehr als 100 Mitglieder (vgl. PEB, 2013). Wichtig zu erwähnen ist, dass sich darunter bekannte Unternehmen der Ernährungswirtschaft, wie beispielsweise Nestlé AG, Ferrero GmbH, Deutsche SiSi-Werke GmbH (Capri-Sonne), Danone GmbH, Wirtschaftliche Vereinigung Zucker e.V. (Südzucker), Coca-Cola GmbH u.v.m. befinden (vgl. PEB, 2015).



Abbildung 5 Ausschnitt der PEB Mitglieder, pebonline

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. peboline, 2015)

3 Kampagnenmanagement

In der Kommunikationswissenschaft werden unterschiedliche Begrifflichkeiten, wie z.B. öffentliche Informationskampagne, PR-Kampagne, Kommunikationskampagne und Präventions- oder Gesundheitskampagne benutzt (vgl. Bonfadelli 2006, 15). Der Kampagnenbegriff definiert derzeit, über die Kommunikation hinaus, eine zielgerechte, befristete, sowie zeitlich zusammenhängende Serie von Handlungen (vgl. Spiller/Vaih-Bauer/Scheurer 2011, 13). Der Begriff Kommunikationskampagne beinhaltet die Konzeption, Durchführung und Kontrolle von zielgerechten und systematischen Kommunikationsaktivitäten, um das Problembewusstsein und die Einflussnahme von Einstellungen und Handlungsweisen bestimmter Zielgruppen bezüglich sozialer Ideen, Aufgaben oder Praktiken, im positiven bzw. gesellschaftlich gewünschten Sinne, zu fördern (vgl. Bonfadelli 2006, 15).

3.1 Definition Kampagne

Der Begriff Kampagne stammt ursprünglich von dem lateinischen Wort *campus*, welches übersetzt Feld bedeutet. Eine Kampagne oder auch der Feldzug, charakterisiert sich durch eine Bewegung in einem Raum und ist oftmals saisonal oder zeitlich begrenzt. Moderne Kampagnen werden aktiv in den Kommunikationssystemen der Politik, Gesellschaft und des Marktgeschehens tätig. Gegensätzlich zu einem militärischen Feldzug wird der Platz der eigentlichen Waffen, hierbei durch die Macht der Bilder, Symbole, Gesten oder Worte, sowie Handlungsfiguren, ausgetauscht (vgl. Bernstorff 2012, 12).

3.2 Strategisches Kampagnenmanagement

Kernstück des strategischen Kampagnenmanagements ist die Planung und Durchführung der Kommunikation. Grundlegende Entschlüsse werden über die genau definierten Inhalte und Ziele der Kampagne getroffen. Die Planung einer Kampagne enthält die zuvor definierten Zielgruppen, Ziele und Werbeträger. Maßnahmen und Botschaften sollten so zu geplant werden, dass bei einem plötzlichen Ereignis oder einer unerwartet schwierigen Situation reagiert und das Problem behandelt werden kann. Die Botschaften der Zielgruppen sowie der Kanäle müssen abgestimmt werden. Dabei handelt es sich um einen im Vorhinein bestimmten Managementprozess, welcher sich auf sieben

Ebenen des Systemmodells stützt und in Abbildung 6 veranschaulicht und anschließend erläutert wird (vgl. Bonfadelli 2010, 52 ff):



Abbildung 6 Systemmodell strategisches Kampagnenmanagement

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an vgl. Bonfadelli, 2010)

1. *Kampagnen-Input*

Wenn ein Problem einer Organisation durch eine Kampagne behandelt werden soll, werden sowohl festgelegte Zielgruppen als auch folgende Stakeholder angepeilt. Um die Problematik Übergewicht zu lösen, werden Stakeholder hauptsächlich aus den Bereichen der Agrar- und Ernährungswissenschaft, sowie Verbraucherorganisationen aber auch Interessengruppen, Politik, Medien und Journalisten in Betracht gezogen.

2. *Problemanalyse*

Ausschließlich durch das Sammeln von wissenschaftlich fundierten und gesicherten Erkenntnissen über Auswirkungen, Möglichkeiten der Veränderung, sowie betroffene Zielgruppen, kann das Problem erfolgreich durch eine Kampagne kenntlich gemacht werden. Oftmals werden aufgrund von einem nicht ausreichenden Wissensstand, Umfragen durchgeführt oder Experten, wie beispielsweise Stakeholder hinzugezogen.

3. *Bestimmung der Zielgruppe*

Gebunden an die Botschaft der Kampagne müssen ausführlich die betroffenen Zielgruppen gegliedert werden. Bei der Analyse der Zielgruppen sind unterschiedliche Vorgehensweisen möglich. Abgesehen von den soziodemografischen Eigenschaften, wie z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Status und den Lebensstilen, ist hauptsächlich der Bezug zur Problematik und deren Auswirkung auf das Verhalten entscheidend. Dieses Verhalten wird vor allem durch psychologische Faktoren, wie beispielsweise den Glauben, Gewohnheiten und Werte, beeinflusst. Für nahezu alle Altersgruppen gibt es passend ausgerichtete Kampagnen, Programme oder Internetseiten.

4. *Ziele*

Die Bestimmung der Ziele setzt eine erfolgreiche Kampagne voraus. Dabei kann die Formulierung auf drei Ebenen differenziert werden. Die kognitive Ebene weist die Zielgruppen auf das vorhandene Problem hin, informiert diese über dessen Folgen und legt den Fokus auf die Problematik. Bei der affektiven Ebene soll eine Akzeptanz für die Botschaft der Kampagne von der Zielgruppe geschaffen und sie zu einem Wandel der Grundeinstellung bewegen. Mit der Verhaltensebene sollen die Zielgruppen durch

neu angeregte Verhaltensmuster in eine gezielte Richtung bewegt werden. Bei dieser Ebene können sich die Ziele unterscheiden. Auf der einen Seite geht es darum, das bestehende Verhalten zu stärken und auf der anderen Seite neue Verhaltensweisen zu erlangen. Alternativen müssen aufgezeigt werden, da diese eine wichtige Rolle spielen.

5. *Strategiewahl*

Bei der Wahl der Strategie wird in drei Typen unterschieden. Die kognitive Strategie bezieht sich auf die Einsicht der Menschen und gibt dadurch Informationen über ein Problem, das zu einer Verhaltensänderung bewegen kann. Die affektive Strategie basiert auf Belohnungen oder Sanktionen. Die soziale Strategie gründet auf den Menschen als soziales Wesen, das sich an einer Gruppennorm orientiert.

6. *Kampagnen-Output*

Das Kampagnen-Output verfügt über geeignete Kanäle und Botschaften innerhalb der verwendeten Zielgruppen, die eine entsprechende Wirkung anstreben. Verschiedenste Medien werden benutzt, um die Botschaft heranzutragen. Durch einen zielgerichteten Appell soll erreicht werden, dass die Einstellung überdacht wird. Die drei grundlegenden Inhalte einer Botschaft, wie awareness message, persuasive message und instruction message, haben Einfluss auf das Verhalten. Bei der awareness message geht es darum, den Menschen über ein Thema oder ein Vorhaben zu informieren und dabei das Bewusstsein für ein Thema erneut anzuregen. Die persuasive message charakterisiert sich als zentraler Nachrichtentyp. Dabei geht es um Verhaltensmuster, die umgangen oder durchgeführt werden sollen. Die instruction message beschäftigt sich mit der Frage, wie etwas ablaufen muss, um das Verhalten zu beeinflussen. (vgl. Schneider Stingelin 2014, 33).

7. *Kampagnen-Evaluation*

Wie erfolgreich eine Strategie der Kommunikationskampagne war, lässt sich mit einer Evaluation ermitteln (vgl. Bonfadelli 2010, 24 ff). Dies zeichnet sich in der Praxis als integraler Bestandteil aus. Des Weiteren wird eine andauernde Kontrolle möglich gemacht. Eine Evaluation bereits während der Kampagnenpraxis durchzuführen, erweist sich als sinnvoll, damit eine Optimierung möglicher Schwachstellen stattfindet.

3.2.2 Integrierte Kommunikation

Die integrierte Kommunikation beschreibt einen Vorgang der Analyse, Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle, der darauf abzielt, aus den differenzierten Quellen der internen und externen Kommunikation von Firmen eine Einheit herzustellen. Dadurch wird für die Zielgruppe der Unternehmenskommunikation ein konsistentes Erscheinungsbild über das Unternehmen vermittelt (vgl. Aerni/Bruhn 2012, 28). Um die Zielgruppe über die Information in Kenntnis zu setzen, wird eine Kommunikationsbotschaft benötigt. Deshalb ist es von Bedeutung, eine Botschaft möglichst interessant und originell an die Zielgruppe heranzutragen (vgl. Schneider Stingelin 2014, 33).

Bei der integrierten Kommunikation unterscheidet man zwischen der inhaltlichen, formalen und zeitlichen Integration. Die inhaltliche Integration basiert auf verbalen Äußerungen, wie beispielsweise Slogans oder Kernargumenten bezüglich der Thematik und Ziele. Positioniert werden Slogans, Schlüsselbilder oder Kernbotschaften, um thematische Verbindungen zu schaffen. Zu den primären Zielen einer formalen Kommunikation gehört z.B. das Corporate Design. Durch den Einsatz bestimmter Farben, werden bildliche Signale, welche aus einer Kombination aus Wort und Bild zusammengesetzt sind. Unzählige Kommunikationsinstrumente werden kombiniert, woraus ein gleichmäßiges, formales und visuelles Erscheinungsbild mit Wiedererkennungswert entsteht. Die gedankliche Positionierung im Kopf der Verbraucher spielt dabei eine grundlegende Rolle. In Verbindung mit dem vorhandenen Problem soll dies als Erinnerung impliziert werden. Verwendete kommunikative Instrumente sollen aufeinander abgestimmt und gewährleistet werden (vgl. Aerni/Bruhn 2012, 31 ff).

3.2.3 Cross Media

Die Planung einer Kampagne, unter Berücksichtigung spezieller Vorgaben aus der Markenführung, stellt eine komplexe Aufgabe dar. Notwendig ist dabei der Einsatz einer crossmedialen Kampagnenführung. Denn je mannigfaltiger der Einsatz von Kommunikationsinstrumenten, desto mehr Menschen bzw. Kampagnen machen mit und umso öfter kommt es zum Auftreten von Defiziten bei der Kommunikation (vgl. Mahrdt 2009, 11).

Eine crossmediale Kampagne besitzt das Ziel, ganzheitlich in unterschiedlichen Lebensspielräumen auf den Verbraucher einzuwirken. Durch die erhöhte Arbeitsbelas-

tung der Bevölkerung und dem daraus resultierenden Mangel an Zeit, für beispielsweise Hausarbeit oder Regelungen im Privatleben, haben die Nebentätigkeiten parallel zum TV-Medienkonsum einprägsam zugenommen. Daher wird das Fernsehen als Nebenmedium betrachtet. Daraus folgt, dass sich die Werbewirkung bei monomedial auf TV oder bimedial auf TV und Print ausgerichteten Kampagnen mindert. Andererseits bezweckt dieser Wandel, dass das Unternehmen darauf angewiesen ist, den Kommunikationsmix zu optimieren und neue innovative Kommunikationsansätze zu schaffen. So kann der anwachsenden Wirkungslosigkeit von klassischen Kommunikationsinstrumenten entgegengearbeitet werden. In Bezug dessen soll Cross Media als ein möglicher Lösungsansatz für die Optimierung von Kampagnen dargelegt werden: Das Erstellen von werblicher Relevanz für den Kunden (vgl. Mahrdt 2009, 14).

Eine einheitliche Definition für den Begriff Cross Media ist bislang noch nicht vorhanden (vgl. Mahrdt 2009, 14). Ein Definitionsversuch laut Kracke beschreibt Cross Media-Marketing als eine Nutzung von unterschiedlichen, aufeinander abgestimmten Kommunikationskanälen, um ein Produkt oder eine Dienstleistung zu bewerben. Als Pendant zum klassischen Kommunikationsmix werden besonders die neuen elektronischen Medien benutzt. Um die spezifische Stärke optimal auszuschöpfen, werden die Werbeträger miteinander vernetzt. Hiermit wird eine gleiche Werbelinie genutzt, um einen hohen Effekt der Werbung zu erlangen (vgl. Kracke 2001, 17). Die folgende Grafik veranschaulicht die wesentlichen Bestandteile des crossmedialen Marketings (vgl. Kreyher, 2015).



Abbildung 7 Schaubild Cross Media

(Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Kreyher, 2015)

3.3 Operatives Kampagnenmanagement

Das Kampagnenmanagement ist eine weitere zentrale Funktion im operativen Customer Relationship Management (CRM). Es vermittelt dem richtigen Kunden das passende Informations- und Leistungsangebot im richtigen Kommunikationsstil über den geeigneten Kommunikationskanal zum perfekten Zeitpunkt (vgl. Hippner 2002, 420). Ein derartiges Kampagnenmanagement enthält die Unterstützung der Umsetzung von Kampagnen, die Verwaltung des Rücklaufes und die Auswertung der Ergebnisse. Hierdurch wird auf den Segmentierungsanalysen des analytischen CRMs aufgebaut und ein kombinierter Einsatz aller Kommunikationskanäle des kollaborativen CRMs, mittels der Kontaktprofile aus dem Kontaktmanagement, hingesteuert (vgl. Mödritscher 2008, 39). Beim operativen CRM handelt es sich um alle Anwendungen, die im direkten Kontakt mit dem Kunden stehen und wird durch unterschiedlichen Applikationen für Vertrieb, Marketing und Service unterstützt. Zudem beinhaltet das operative CRM die komplette Steuerung und Unterstützung aller Kommunikationskanäle zum Kunden und deren Synchronisation. Im Vordergrund stehen beim operativen CRM sämtliche Kon-

takte, die im Bezug der betrieblichen Tätigkeit zu potenziellen Kunden anfallen (vgl. Mödritscher 2008, 39).

3.3.1 Klassische Instrumente

Kommunikationskampagnen können sowohl nach innen als auch nach außen (nicht kommunikative Elemente) tätig sein. Die Realisierung findet meistens durch die formale Integration statt (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 18 ff). Zu den klassischen Kommunikationsinstrumenten zählen die Werbung, die Verkaufsförderung, Public Relations, sowie die Online und Social-Media-Kommunikation.

Bei der Werbung geht es um eine beabsichtigte und strukturierte Kommunikationsform. Ziel ist es, eine Anspruchsgruppe ohne Bedrängung oder Druck zu einem bestimmten Verhalten zu führen. Der Inhalt charakterisiert sich zumeist als einheitlich und deutlich erkennbar. Im Gegensatz zur klassischen Werbung basieren die Kommunikationskampagnen auf einem kulturellen Wandel. Die Absatzwerbemittel unterteilen sich in Plakate, Kataloge, Anzeigen, Werbefilme und Prospekte. Bedeutungsvolle Werbeträger sind beispielsweise Zeitungen und Zeitschriften. Bei der Verkaufsförderung liegt der Fokus auf dem sogenannten Point of Sale (POS). Dabei wird eine Beeinflussung durch gezielte Ansprache an die Konsumenten bewirkt. Nicht nur die Werbung, sondern auch die Verkaufsförderung befasst sich mit den menschlichen Emotionen. Die Public Relations werden auch als Öffentlichkeitsarbeit beschrieben. Dabei handelt es sich um eine gezielte, bewusste und gleichbleibende Gestaltung der Wahrnehmung einer Organisation bei den entscheidenden Zielgruppen. Der Aufbau von Vertrauen und Einsicht sowie das Pflegen des Images gehören zum primären Ziel der Public Relations (vgl. Bonfadelli/Friemel 2010, 18 ff). Bei der Online und Social-Media-Kommunikation verwenden die Nutzer digitale Medien und das Internet zum gegenseitigen Austausch von Informationen. Die Vernetzung findet nicht nur online statt, sondern publiziert ebenfalls eigene Meinungen. Daraus resultiert eine zweiseitige Form der Kommunikation. Instrumente können aus elektronischen Datenträgern, wie z.B. CD-Rom oder USB-Stick, Mobilkommunikation, wie beispielsweise SMS oder das Internet, wie Webseiten, soziale Medien oder E-Mail bestehen (vgl. Aerni/Bruhn 2012, 14 ff).

3.3.2 kommunikative Instrumente

Um eine Wiedererkennung zu erreichen, werden kommunikative Instrumente verwendet. Dafür sollten Merkmale, wie z.B. Logos, Claims oder Wort-Bilder zu benutzen. Sponsoring, Event und Multimediakommunikation stellen drei wichtige Instrumente dar, um eine Wiedererkennung zu schaffen. Eine nutzenorientierte Förderung von Aktivitäten in kulturellen, sozialen und sportlichen Bereichen bezeichnet man als Sponsoring. Das Ziel dabei ist, die ausgesuchten Zielgruppen psychologisch in eine bestimmte Richtung zu bewegen. Hierbei werden meistens gesponserte Personen mit Bekanntheitsgrad miteinbezogen. Ein Event beschreibt eine unvergessliche, lebendige und singuläre Veranstaltung. Botschaften werden hier auf eine Art und Weise dargestellt, welche die Zielgruppe psychisch und emotional anspricht und bindet. Der Medieneinsatz spielt hierbei eine sehr wichtige Rolle. Bei der Multimediakommunikation handelt es sich um ein Instrument, welches eine computergestützte und interaktive Kommunikation über mehrere Kanäle, hauptsächlich durch das Internet (World Wide Web), umfasst. Eine Kommunikation erfolgt durch Elemente, die mit Text, Ton und Bild verbunden sind (vgl. Aerni/Bruhn 2012, 92 ff).

4 Kampagnenmanagement gegen Übergewicht für die Zielgruppe Erwachsene und Jugendliche

Im folgenden Kapitel werden zwei Kommunikationskampagnen gegen Übergewicht vorgestellt, die über mehrere Monate hinaus verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen umfassen. Das Konzept M.O.B.I.L.I.S ist ein Beispiel für die Zielgruppe Erwachsene und der Gesundheitskampagne 5 am Tag für die Zielgruppe Jugendliche. Darüber hinaus werden die Ergebnisse der beiden Kampagnen analysiert und im anschließenden Kapitel die Erfolgsfaktoren, sowie die Handlungsempfehlungen aufgezeigt.

4.1 M.O.B.I.L.I.S

M.O.B.I.L.I.S ist zurzeit in Deutschland das größte ambulante Programm gegen Übergewicht (vgl. Kempf 2011, 52). Bei der Kommunikationskampagne handelt es sich um ein Mehrkomponentenprogramm, welches von den Sportmedizinerinnen der Universität Freiburg, der Sporthochschule Köln und der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg im Jahre 2004, entworfen wurde. M.O.B.I.L.I.S bedeutet multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung (vgl. Kempf 2013, 52). Offeriert wird dieses Programm beispielsweise durch die Krankenkassen DAK-Gesundheit und Barmer Ersatzkasse oder durch den Großkonzern Daimler, bei dem M.O.B.I.L.I.S im Gesundheitsmanagement als Programm verankert ist. Voraussetzungen, um an dem Programm teilnehmen zu können, sind unter anderem die Volljährigkeit, ein Body-Mass-Index zwischen 30 und 40 Kg/m^2 , eine körperliche Leistungsfähigkeit von 1 Watt je Kg Körpergewicht oder zumindest ein mit Übergewicht zusammenhängender Risikofaktor, wie z.B. Hypertonie (vgl. Schlatterer 2013, 74). Zudem muss eine hausärztliche Bescheinigung eingereicht werden. Darin müssen Dringlichkeit der Förderung und keine ausschließende Erkrankung aufgeführt sein. Die Gruppengröße des Programmes besteht aus höchstens 18 Personen (vgl. DAK, 2015).

Das Sportprogramm strebt eine nachhaltige Lebensstiländerung an. Deshalb wurde dafür eine Kombination aus drei Strategietypen bestimmt. Zum einen die kognitive

Strategie, welche für die vier Kernbereiche Bewegung, Ernährung, Psychologie und Medizin zuständig ist. Hierfür wurden Schulungsveranstaltungen offeriert (vgl. Kempf 2011, 53). Zum anderen gibt es die affektive Strategie sowie die soziale Strategie. Bei der affektiven Strategie garantiert beispielsweise die DAK im Falle einer regelmäßigen Teilnahme, eine Rückerstattung des Großteils der Kosten, welche derzeit 785€ betragen. Ziel dieser Strategie ist es, die Teilnehmer zu animieren, das Programm komplett zu absolvieren (vgl. DAK Gesundheit, 2015). Im Sinne der sozialen Strategie, fanden die gesamten Maßnahmen im Rahmen von Gruppentreffen statt. Bewegt abnehmen ist bei M.O.B.I.L.I.S die Kernaussage. Der Fokus der Kampagne liegt auf einer bleibenden Änderung des Lebensstils, einer ausgeglichenen Energiebilanz sowie auf einer Verbesserung der Lebensqualität. Darüber hinaus wurden weitere konkrete Teilziele definiert. Diese sind z.B. die Erreichung einer Gewichtsreduktion um 5% bei der Hälfte der Teilnehmer, um 10% bei 20% der Teilnehmer, eine Reduzierung von Risikofaktoren und eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens (vgl. Schlatterer 2013, 79).

4.1.1 Verhaltensorientierte Maßnahmen

Das Schulungsprogramm, mit der Dauer von einem Jahr, ist in drei Phasen untergliedert. Diese Phasen gehen mit medizinischen Eingangs-, Zwischen- und Abschlussuntersuchungen einher. Dabei finden Messungen der Ausgangssituation und der Veränderung während sowie zum Schluss der Kampagne statt. Bei der Startphase, welche die ersten acht Wochen in Anspruch nimmt, geht es primär um die Vermittlung von Wissen sowie um die Bestimmung der eigenen Ausgangssituation in Bezug auf die körperliche Leistungsfähigkeit. Zudem beinhaltet die Anfangsphase die ersten Schritte zu einem ausgewogenen Bewegungsprogramm und zur Umstellung der Ernährung (vgl. Schlatterer 2013, 94). Die nachfolgende zweite Phase ist die Gewichtsreduktionsphase. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf Maßnahmen zum Kraft- und Ausdauertraining und zur Änderung des Ernährungsverhaltens. 26 der insgesamt 35 Bewegungseinheiten werden in der 16-wöchigen Phase absolviert. In der anschließenden Phase der Interventionsmaßnahmen soll das Erlernte und Erreichte aus den ersten sechs Monaten in den individuellen Alltag integriert werden. Des Weiteren folgen medizinische Untersuchungen, innerhalb welcher speziell geschulte Ärzte tätig sind. Die Untersuchung umfasst beispielsweise eine Anamnese, Bestimmung des Body-Mass-Indexes, die Messung des Bauch- und Hüftumfangs, die Ermittlung von Kardiovaskulären Parametern, sowie von Laborparametern und eine klinische Untersuchung (vgl. Schlatterer 2013, 56). Außerdem werden sowohl ein Bewegungs- als auch ein

Ernährungsprogramm durchgeführt. Bei der Methodik des Bewegungsprogrammes finden Trainingsarten unter sportwissenschaftlicher Betreuung, wie Nordic Walking und verschiedene Krafttrainingsformen für die Ausdauer, in Gruppen statt. Die Methodik des Ernährungsprogrammes besteht aus drei Teilen. Diese sind die theoretische Wissensvermittlung, die Verhaltenstherapie durch die Erstellung von Ernährungsplänen, sowie die Praxis durch den Austausch von Erfahrungen oder Hilfestellungen zur Umsetzung der erlernten Fähigkeiten. Konzentriert wird sich hierbei auf eine fettarme, eiweißbetonte und kohlenhydratreduzierte Auslese von Lebensmitteln und Rezepten. Mit dem 50+50 Punkteprogramm wird dem Teilnehmer geholfen, sein Gewicht langfristig zu managen und das Programm in den Alltag zu integrieren. Innerhalb des 50+50 Punkteprogramms sammelt der Teilnehmer pro Woche 50 Bewegungs- und 50 Ernährungspunkte. Fehlende Ernährungspunkte können nur durch Bewegungspunkte ausgeglichen werden, um eine Gewichtsreduktion durch mehr Bewegung zu erzielen. Zudem wird dieses Punkteprogramm durch sportwissenschaftliche und psychologische Betreuung unterstützt (vgl. mobilis-programm, 2007). Das folgende Schaubild zeigt die verschiedenen Phasen des Programmes innerhalb der Laufzeit.

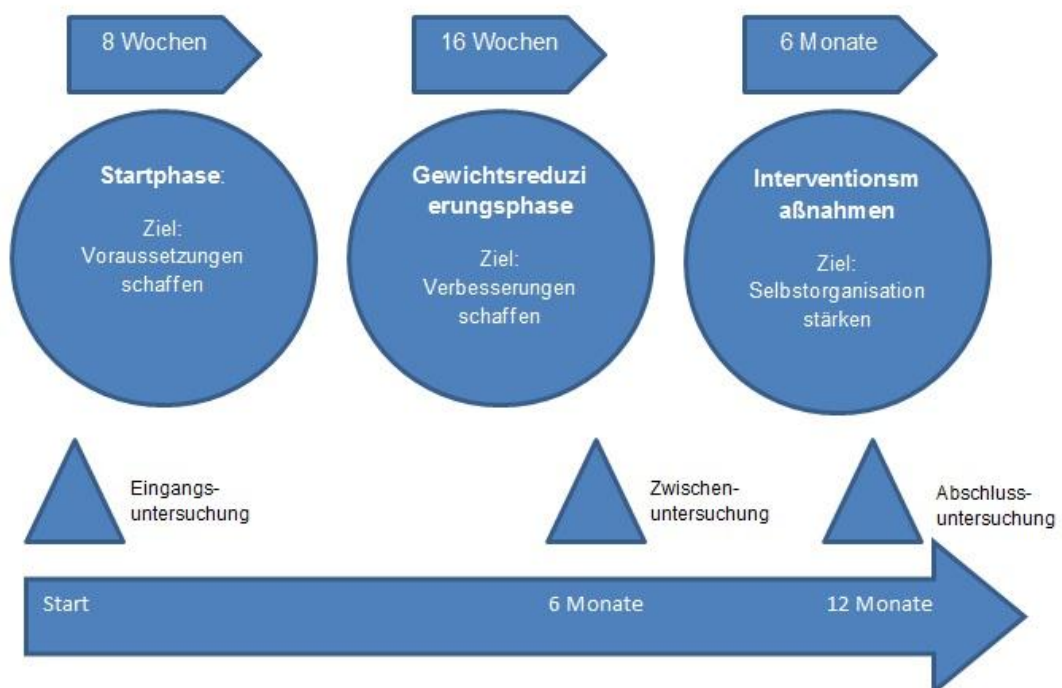


Abbildung 8 Phasen von M.O.B.I.L.I.S, eigene Darstellung

(Quelle: Eigene Darstellung)

4.1.2 Verhältnisorientierte Maßnahmen

Um verhältnisorientierte Maßnahmen durchzuführen, können verschiedene Kommunikationsmittel zum Einsatz kommen. Die wesentlichsten Kommunikationskanäle von M.O.B.I.L.I.S sind die Internetportale von M.O.B.I.L.I.S e.V. sowie der DAK Gesundheit und der Barmer Ersatzkasse. Hinzukommend informiert die Presse regelmäßig über das Programm. Beworben wird das Konzept auch durch Informationsmaterial des betrieblichen Gesundheitsmanagements von Firmen, wie z.B. der Daimler AG. Für die Teilnehmer gibt es ein spezielles Teilnehmer-Manual. Dieses beinhaltet zudem das bereits erwähnte Punkteprogramm (vgl. mobilis-programm, 2007). Außerdem können Gruppensitzungen, durch geschützte Protokolle im Internet, von den Teilnehmern angesehen werden. Im Verlauf der 12-monatigen Programmlaufzeit wurde dreimal die Zufriedenheit der Teilnehmer per Fragebögen ermittelt (vgl. Schlatterer 2013, 72).

4.1.3 Ergebnisse

M.O.B.I.L.I.S zeichnet sich durch eine jahrelange bewährte Kommunikationskampagne mit integrierter Qualitätssicherung, welche beispielsweise durch die Angabe zur Zufriedenheit innerhalb der Teilnehmerfragebögen nachweisbar ist, aus. Auf der Grundlage der Erfahrungen der Experten sowie der Rückkopplung der Teilnehmer, werden die Inhalte der Maßnahmen fortlaufend überprüft und ergänzt (vgl. Schlatterer 2013, 72). Zudem wirkt sich die intensive Gruppenarbeit auf die Motivation aus und bewirkt eine dauerhafte Verhaltensbesserung. Das Angebot charakterisiert sich durch die Vielfältigkeit des Bewegungsprogrammes und die Individualität der Trainingsprogramme. Ebenso verzichtet das Ernährungsprogramm auf strikte Vorgaben und eröffnet dem Teilnehmer durch das 50+50-Punkteprogramm die Möglichkeit, eigene Ernährungspläne zu kreieren. Die Fähigkeit zur Änderung des Verhaltens wird in Gruppensitzungen erweitert und aufgebaut.

M.O.B.I.L.I.S orientiert sich an vier wichtigen Arten der Kommunikation, wie die Internetportale, die Teilnehmermanuals, die Gruppensitzungen und die Fragebögen. Dadurch wird auf neueste Technologien, welche Interaktionen ermöglichen und den individuellen Erfolg gegenwärtig sichtbar machen, verzichtet.

Im Kapitel 4.3.1 werden nun die Ergebnisse der Kampagne verdeutlicht. Dabei ist festzustellen, dass sich der Body-Mass-Index der Teilnehmer im Durchschnitt um 5,5%

minderte. Während des ersten halben Jahres konnte vorerst eine starke Reduzierung festgestellt werden, derweil erhöhten sich die Werte der Selbstorganisation in dieser Phase minimal. Die Intensität des Kraft- und Ausdauertrainings brachte einen Anstieg des Ausgangswertes von 1,29 Stunden je Woche, auf 4,57 Stunden je Woche nach sechs Monaten. Jedoch nahm dieser Wert um 1,46 Stunden je Woche nach einem weiteren halben Jahr ab. Im Gesamten zeigte sich allerdings, dass im Vergleich zu den Anfangswerten, eine intensive und stabile Verhaltensänderung in den Bereichen Bewegung und Ernährung bei den Teilnehmern der Interventionsgruppe resultierte. Bei der Kontrollgruppe stagnierten diese Werte allerdings (vgl. Schlatterer 2013, 101 ff). Unter Berücksichtigung der aufgeführten Teilziele schafften 42% der Teilnehmer eine Reduktion des Gewichts um über 5%. Ganze 19% der Teilnehmer erreichten eine Verringerung des Gewichts um mehr als 10%. Wichtig ist dabei die Evaluation der Abbruchrate zu nennen. Diese befand sich bei 14,5%, welche im Vergleich zu weiteren Programmen durchaus niedrig ist (vgl. Schlatterer 2013, 70). Kritisch wahrzunehmen ist aber, dass der Ansporn nicht nur auf eine erfolgreiche Änderung des Verhaltens positioniert war, sondern nur auf die kontinuierliche Teilnahme. M.O.B.I.L.I.S fungiert als ein anerkanntes ambulantes Schulungsprogramm in Deutschland und weist zudem überdurchschnittliche Resultate auf.

4.2 5 am Tag

Die Gesundheitskampagne 5 am Tag e.V. appelliert an den vermehrten Verzehr von Obst und Gemüse. Dabei handelt es um einen gemeinnützigen eingetragenen Verein, zu dessen Mitgliedern populäre wissenschaftliche Fachgesellschaften, wie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Ernährung, die Deutsche Krebsgesellschaft, Krankenkassen, Ministerien, Stiftungen und mehr als einhundert Partner aus der Wirtschaft, gehören. Zudem erhält die Kampagne seit 2002 finanzielle Unterstützung von der Europäischen Union (EU). Darüber hinaus, wird die wissenschaftliche Begründung sowie die Richtigkeit der Informationen fortlaufend durch ein Expertengremium überprüft. Zu den Schirmherren von 5 am Tag zählen unter anderem der Bundesernährungsminister Christian Schmidt sowie der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe. Die Importance von Obst und Gemüse ist unumstritten. Es beinhaltet essenzielle Inhaltsstoffe, welche präventiv gegen typische Zivilisationskrankheiten, wie z.B. Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Demenz, Krebs, sowie Übergewicht und Adipositas, wirken. Dazu enthalten Obst und Gemüse zahlreiche Vitamine, Mineralstoffe, insbesondere sekundäre Pflanzenstoffe und weisen bei einer geringen Energiedich-

te eine besonders hohe Nährstoffdichte auf. Zusätzlich charakterisieren sich Obst und Gemüse als voluminöse Lebensmittel, da sie den Magen füllen und dadurch sättigen. Dies kann wiederum bei der Gewichtreduzierung oder um das Gewicht zu halten wichtig sein (vgl. 5 am Tag, 2015).

4.2.1 Verhaltensorientierte Maßnahmen

5 am Tag bietet für Jugendliche einen speziell auf sie ausgerichteten Flyer an, in dem die Kampagne vorgestellt und veranschaulicht wird. Zudem enthält dieser Rezepte für gesunde Mahlzeiten und Drinks sowie wichtige Tipps um fit bei den Unternehmungen im Alltag zu bleiben (vgl. 5 am Tag, 2015).

Die Kampagne beschäftigt sich außerdem mit der Umsetzung des Schulobst- und Schulgemüseprogramms der EU. Dabei liegt der Fokus auf eine frühzeitige Integration von Obst und Gemüse in den Speiseplan der Schüler. Kinder und Jugendliche solle bestenfalls mehrmals pro Woche und kostenlos ein Stück Obst oder Gemüse während der Schulzeit bekommen. Durch das präventive Angebot wird die Informationsvermittlung gefördert und beeinflusst direkt oder indirekt das Ernährungsverhalten der Schüler. Daraus folgt eine Sicherstellung einer nachhaltigen Ernährungsweise, welche unabhängig von der sozialen Herkunft ist. Aktuell involvieren sich neun Bundesländer mit verschiedenen Strategien am Schulobst- und Schulgemüseprogramm, die auf der Grundlage des Schulobstgesetzes (SchulOBG) für die Durchführung verantwortlich sind. Beispielsweise befassen sich die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt oder Thüringen, mit dem Programm für Schulobst- und -gemüse (vgl. 5 am Tag Schulfrucht, 2015).

4.2.2 Verhältnisorientierte Maßnahmen

Ebenfalls werden bei dieser öffentlichen Informationskampagne Mittel und Kanäle zur Kommunikation verwendet. Unter anderem handelt es sich, neben der unverzichtbaren Webseite, auch um Broschüren, Faltblätter und Plakate. Die Kommunikationsmittel informieren über die Konzeption der Kampagne und dessen Hauptbotschaft in verständlicher Form, gibt Ratschläge und genaue Handlungsanweisungen. Pressemitteilungen werden an wichtige und bekannte Medien weitergegeben, um ebenfalls durch redaktionelle Beiträge die Aussage der Kampagne publik zu machen. Kongresse,

Symposien, POS-Aktivitäten mit Informationsstand, eigene Events wie Mach-mit-Aktionen, die hauptsächlich an Schulen stattfinden, machen das Teilspektrum der Medienvielfalt der Kampagne aus. Des Weiteren werden E-cards sowie Spiele speziell für Schüler verwendet (vgl. Held/Bendel 2008, 133 ff).

4.2.3 Ergebnisse

Über 21.000 Menschen in Deutschland wurden, mittels der vom Robert-Koch-Institut durchgeführten Befragung GEDA 2009, über ihren Gesundheitsstand befragt. Daraus ergab sich, dass sich der Verzehr von Obst, im Verhältnis zu früheren Befragungen, verbesserte. Über die Hälfte der männlichen und 71,5% der weiblichen Befragten berichteten darüber, zumindest einmal täglich Obst zu sich zu nehmen. Eher negativ belastet waren die Befragungsergebnisse zum Verzehr von Gemüse. Weniger als die Hälfte der Befragten greifen täglich zu Salat oder Gemüse. Der weibliche Anteil liegt bei circa 54% und somit deutlich vor den männlichen Befragten, die nur zu 37% täglich Gemüse essen (vgl. 5 am Tag, 2015).

Des Weiteren wurde ein Pilotprojekt des Schulobst- und Schulgemüseprogramm wissenschaftlich begleitet und evaluiert. 5 am Tag realisierte im Auftrag des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz Pilotprojekte zur Schulfrucht in Baden-Württemberg und in Rheinland-Pfalz. Die Teilnahme erfolgte durch achtzehn Schulen. Dabei bekamen alle Schülerinnen und Schüler täglich eine kostenlose Portion Obst oder Gemüse. Zusätzlich wurden Maßnahmen durchgeführt, wie z.B. die Information der Eltern bzw. der Erziehungsberechtigten über die Vorteile von gesunder Ernährung sowie die Verteilung von Informationsmaterialien an alle Schulen und Schüler. Zudem besuchten Ernährungsexperten den Unterricht in ausgesuchten Klassen, veranstalteten Aktionen und informierten sich bei den Beteiligten über Pros und Contras des Pilotprogramms. Die Befragung der Schülerinnen und Schüler wurde anhand von Fragebögen nach der Beendigung des Pilotprojekts durchgeführt. Daraus resultierte, dass der Verzehr von Obst und Gemüse nach wie vor attraktiv ist und gerne bis sehr gerne gegessen wird. Die Beliebtheit von Obst und Gemüse ist bei den weiblichen Befragten stärker ausgeprägt, jedoch konnte ein Anstieg der Sympathiewerte bei den männlichen Schülern registriert werden. Die Verzehrmenge an Obst und Gemüse weist eine Erhöhung, vergleichbar zur Nullmessung, auf. Die Steigerung ist bei Obst stärker als bei Gemüse. Zum Schluss des Projektes wurde festgestellt, dass die Schülerinnen und Schüler durchschnittlich 1,7 Obstportio-

nen und 1,3 Gemüseportionen am Vortag zu sich genommen haben. Zu sagen ist, dass der Gesamtkonsum bei Mädchen stärker ist als bei Jungen. Verglichen mit der Verzehrhäufigkeit schneidet bei der Entwicklung der Verzehrmenen das Pilotprogramm um rund 5% schlechter ab. Zusammenfassend ist zu sagen, dass durch die kostenfreie Ausgabe von Obst und Gemüse eine Steigerung des Verzehr hervorgerufen werden kann. Die Nachhaltigkeit wird durch flankierende, pädagogische Angebote verstärkt. Das Pilotprogramm ließ sich außerdem ohne Schwierigkeiten in den Schulalltag integrieren. Fortführend empfanden die Schülerinnen und Schüler die kostenfreie Ausgabe von Obst und Gemüse als Wertschätzung. Schlussendlich sichern Programme in dieser gestalteten Form eine nachhaltige Steigerung des Verzehr von Obst und Gemüse (vgl. 5 am Tag Schulfrucht, 2009).

Die 5 am Tag-Kampagne ist eine anerkannte Initiative, die durchaus eine Wirkung auf den erhöhten Verzehr von Obst und Gemüse aufweist. Allerdings zeigt sich, dass der Anteil der Personen, die fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag konsumieren, sehr gering ist.

5 Erfolgsfaktoren und Handlungsempfehlungen für ein Kommunikationskonzept gegen Übergewicht für Erwachsene und Jugendliche

In der nachfolgenden Grafik sind die Erfolgsfaktoren zum Kampagnenmanagement im Gesundheitsbereich visualisiert. Inhaltlich besteht die Grafik sowohl aus den theoretischen Erkenntnissen im Bereich Kampagnenmanagement als auch aus den praktisch orientierten Analysen der marktrelevanten Kampagnen.



Abbildung 9 Erfolgsfaktoren, eigene Darstellung

(Quelle: Eigene Darstellung)

Reichweite und Präsenz einer Kampagne im Gesundheitsbereich

Durch die im 4. Kapitel aufgezeigten Kampagnen im Bereich Übergewicht ist festzustellen, dass die Bekanntheit dieser Kampagnen oftmals relativ gering ist. Dabei ist wichtig, dass die Kampagnen bei der Zielgruppe dauerhaft präsent sind und nur dadurch Erfolg zu erzielen ist. Erfolgreiche Beispiele hierfür sind z.B. Kampagnen wie gib AIDS keine Chance oder Mach's mit. Weiterhin ist eine erhöhte Medienpräsenz von Vorteil, wenn es darum geht, der Zielgruppe die Thematik zu verdeutlichen bzw. näher zu bringen und dadurch ein stärkeres Framing zu erzeugen.

Sensible Kommunikation

Gesundheit ist als ein sehr sensibles Thema anzusehen und sollte folglich gewissenhaft und einfühlsam thematisiert werden. Kampagnen gegen Übergewicht sollen dabei helfen, übergewichtigen Menschen die Angst vor Scham oder Schwäche zu nehmen, sie individuell ansprechen, auf Anonymität abzielen und sie partizipieren. Vermehrte Interaktionsmöglichkeiten zwischen Zielgruppe und Hilfseinrichtungen stellen sich sinnvoll dar.

Einzigartigkeit einer Kampagne

Kommunikationskampagnen platzieren sich in vielen Marktsegmenten, woraus eine vermehrte Reizüberflutung bei der Bevölkerung resultiert. Daher spielt die Einzigartigkeit eine bedeutende Rolle und ist ausschlaggebend für den Erfolg einer Kampagne. Vom Corporate Design, über die Kommunikation, bis hin zur Handlungsebene soll sich die Kampagne von anderen unterscheiden. Dadurch wirkt sie positiv auf die Wiedererkennung (Recognition) und den Recall ein.

Nachhaltigkeit

Eine größere Problematik stellt im Gesundheitsbereich häufig die Nachhaltigkeit dar. Unterprojekte oder Aktionstage bilden einen wichtigen Bestandteil nicht kommerzieller Kampagnen, welche zum Zeitpunkt ihrer Realisierung zwar die gewünschten Resultate erzielen, jedoch nach deren Abschluss auch wieder an Wirkung verlieren. Gewichtsre-

duktion, sowie der Umschwung auf eine gesunde Ernährung und die kontinuierliche Integration eines gesunden Lebensstils in den Alltag, stellen sich als andauernde Verfahren dar. Die Kampagne sollte daher Programme beinhalten, welche die Menschen auf dem Weg ihrer Verhaltensänderung begleiten. Ebenfalls wichtig ist Weiterführung und Beibehaltung dieses Lebenswandels. Hier wären beispielsweise ausführliche Handlungsanordnungen effizient. Die Kampagnen sollten kommunikativ darauf abzielen gesundheitsorientierte und nachhaltige Strukturen langfristig in verschiedene Lebensbereiche zu integrieren.

Schlussfolgerung

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass sich Kampagnen gegen Übergewicht bereits etabliert haben. Sie sind ein äußerst effektives Mittel um die Thematik in den Fokus der Öffentlichkeit zu rücken. Des Weiteren geht es darum wirkungsvolle Handlungsalternativen aufzuzeigen und fundiertes Wissen zu vermitteln. Wichtige Leistungen solcher Kampagne stellen sowohl die große Reichweite als auch die multisensorische Ansprache der Zielgruppe dar. Bedenklich ist allerdings die hohe Sensibilität der Zielgruppe bezüglich gesundheitlicher Themen. Als Herausforderung für folgende Kampagnen gilt daher, mit Verständnis bzw. Mitgefühl an die Problematik heran zu gehen und geeignete Strategien zur Lösungsfindung in die Kampagne zu involvieren. Damit eine Kampagne erfolgreich ist, müssen ein gewisser Grad der Bekanntheit sowie eine mentale Verankerung im Bewusstsein der Zielgruppe stattfinden. Sind diese Voraussetzungen nicht vorhanden, ist nicht mit einer anhaltenden und erfolgreichen Kampagne zu rechnen. Besonders hervorzuheben ist, dass das Thema Übergewicht in allen soziodemografischen Ebenen in Deutschland vorhanden ist, weshalb die Thematik besonders aufmerksam und mit einem gewissen Nachdruck publiziert werden sollte. Vor allem im Kindes- und Jugendalter ist es elementar, Übergewicht als Problematik darzustellen und präventivorientierte Maßnahmen aus zu führen. Dabei sollte der Fokus insbesondere auf Institutionen, wie z.B. Schulen oder Vereine gelegt werden, da sich Kinder und Jugendliche hier hauptsächlich aufhalten. Veränderungsperspektiven, die durch die Kampagne angetrieben werden, sollten nachhaltig in neugeschaffene Lebensstrukturen übergehen. Nur dann kann von einer wirkungsvollen Aktion die Rede sein. Zudem sollte eine Kampagne individuellen Einfluss auf einzelne Menschen nehmen und sie ansprechen. Als äußerst erfolgsversprechend stellt sich eine Kampagne dann dar, wenn sie es schafft, die Menschen trotz ihrer individuellen und originellen Lebenssitua-

tionen mit zu reißen. Auch sollten die Handlungsebenen einer Kampagne flexibel sein, da die Lebensräume der Zielgruppen unterschiedlich sind und sich diese integrieren müssen.

Des Weiteren dienen Kommunikationskampagnen im präventiven und therapeutischen Gesundheitsbereich heutzutage nicht ausschließlich der Vermittlung von maßgeblichem Wissen, sondern fungieren vielmehr als eine Basismaßnahme, die bereits Wirkung zeigt. Bezogen auf eine Markt- und Zukunftsorientierung beschreibt dies, dass sich Kampagnen grundlegend mit der Erreichung von nachhaltigen, umfassend präventiven und gesundheitsorientierten Strukturen befassen sollten. Daher sollte ein besonderes Augenmerk auf gesunde Lebensmittel sowie ausreichende und regelmäßige Bewegung gelegt werden. Grundsätzlich sind bereits eine Verwendung der Lebensmittel sowie eine Notwendigkeit der regelmäßigen körperlichen Bewegung zu vermerken. Infolge dessen ist es notwendig, neue Strukturen in den einzelnen Lebensumfeldern zu schaffen, um den Vorgang der Veränderung des Lebensstils fortlaufend voranzutreiben und diesen zu begünstigen. Die erörterten Kampagnen sind auch unter Betrachtung der vorhandenen Schwächen als wirksam und empfehlenswert zu beurteilen. Die verwendeten Kampagnenbeispiele zeigen positive Resultate auf. Beide Kampagnen konnten eine stabile und intensive Verhaltensänderung in den Bereichen Bewegung und Ernährung bei den Teilnehmern herbeiführen. Zudem wurde die Nachhaltigkeit der Kampagnen durch begleitende und pädagogische Angebote verstärkt. Anhand dieser Feststellungen lassen sich beide Kampagnen als wirkungsvoll einordnen.

Wesentliche Faktoren, um eine Verringerung von Übergewicht in der Gesellschaft herbei zu führen, sind nach Meinung der Verfasserin vor allem eine grundlegende Umstrukturierung der Lebensweise, sowie das Bewusstsein für Eigenverantwortung und Selbstbestimmung. Des Weiteren sind eine frühzeitige Aufklärung, die grundlegende Möglichkeit, präventive Grundlagen zu nutzen, sowie die Akzeptanz dieser Prinzipien und letztlich das Setzen von gesundheitsorientierten Prioritäten, ausschlaggebend. Übergewicht charakterisiert sich als ein umfassendes gesellschaftliches Problem. Daher erweist sich eine Kampagne, aufgrund ihres hohen Wirkungskreises, als ein äußerst aussichtsreiches und zielsicheres Kommunikationsinstrument für diesen Veränderungsvorgang.

Literatur- und Quellenverzeichnis

5 am Tag (2015): Ergebnisse des Pilotenprojekts. <http://www.5amtag-schulfrucht.de/index.php?id=199> (07.12.2015).

5 am Tag (2015): Flyer für Jugendliche.

http://www.5amtag.de/fileadmin/user_upload/managed/wissen/download/schule/flyer_fuer_jugendliche.pdf (07.12.2015)

5 am Tag (2015): Schulfrucht. <http://www.5amtag-schulfrucht.de/> (07.12.2015)

5 am Tag (2015): Was ist 5 am Tag. <http://www.5amtag.de/wissen/was-ist-5-am-tag/> (07.12.2015)

Aerni, Markus/ Bruhn, Manfred (2012): Integrierte Kommunikation: Grundlagen mit zahlreichen Beispielen, Repetitionsfragen mit Antworten und Glossar. 2. Aufl. Zürich.

Allgöwer, Annette (2000): Gesundheitsförderung an der Universität. Zur gesundheitlichen Lage von Studierenden. Opladen

Ärzteblatt (2012): Jeder fünfte Deutsche ist adipös.

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/50524/Jeder-fuenfte-Deutsche-ist-adipoes> (02.12.2015)

Aydin, Bilgin (2015): Auswirkungen von Management-Fehlentscheidungen auf die Reputation von Unternehmen. Hamburg

Bernstoff von, Andreas (2012): Einführung in das Campaigning. Heidelberg

Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas (2006): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Konstanz

Bonfadelli, Heinz/ Friemel, Thomas (2010): Kommunikationskampagnen im Gesundheitsbereich. Grundlagen und Anwendungen. 2. Aufl. Konstanz

Branca, Francesco/ Nikogosian, Haik/ Lobstein, Tim (2007): Die Herausforderung Adi-positas und Strategien für ihre Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Dänemark

Braun, Martin (2004): Unternehmensstrategie Gesundheit: Konzepte für einen zeitgemäßen Arbeitsschutz. Renningen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. Köln

Büttner, Roman (2014): Das Phänomen Fast Food: Eine sozialgeschichtliche Untersuchung zur Erfindung des schnellen Essens. Hamburg

BVE (2015): Unser Verband. <http://www.bve-online.de/die-bve/aufgaben> (03.12.2015)

Bzga (2006): Leitbild. <http://www.bzga.de/die-bzga/leitbild/> (03.12.2015)

Bzga (2008): Aufgaben und Ziele. <http://www.bzga.de/die-bzga/aufgaben-und-ziele/> (03.12.2015)

DAG (2014): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Prävention und Therapie der Adipositas. http://www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-001I_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014-11.pdf (21.11.2015)

DAK Gesundheit (2015): Erfolgreich abnehmen mit M.O.B.I.L.I.S.
http://www.dak.de/dak/gesundheit/Erfolgreich_abnehmen_mit_M_O_B_I_L_I_S_-1536920.html (04.12.2015)

Definition Gesundheit nach WHO (2003).

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (29.10.2015)

Erste Internationale Konferenz über Gesundheitsförderung, Ottawa, Kanada, 17.–21. November 1986 (2015). <http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> (18.11.2015)

Faltermaier, Toni (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart

Foodwatch (2015): URL: <https://www.foodwatch.org/de/ueber-foodwatch/2-minuten-info/> (03.12.2015)

Fröhlich, Katrin (2015): Transnationale Nichtregierungsorganisationen als Akteure sozialer Sicherung. Münster

GBE (2010): Übergewicht und Adipositas. http://www.gbe-bund.de/pdf/GEDA_2010_6_17_Uebergewicht_Adipositas.pdf#search=%22Adipositas%22 (02.12.2015)

Gesellschaft für Wirtschaftliche Strukturforschung mbH (2012): Die Ernährungsindustrie. http://www.gws-os.com/discussionpapers/tbericht_ern%C3%A4hrung_August_2012_final.pdf (03.12.2015)

Gesundheit (2015): Ernährung à la Slow Food. <http://www.gesundheit.de/ernaehrung/alternative-ernaehrung/slow-food> (15.11.2015)

GolnForm Umweltrecht (2002): Lebensmittel- und Bedarfsgegenständegesetz. <http://www.ipv-ev.de/bilder/lmbg.pdf> (03.12.2015)

Gola, Ute (2011): Das große GU Familienernährungsbuch: Das Handbuch zur ausgewogenen und gesunden Ernährung. München

Goldapp, Mann (2004): Zur Datenanlage von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Köln

Grillparzer, Marion (2013): Glyx: So macht der Stress Sie nicht länger dick. München

Gusy, Burkhard/ Kleiber, Dieter (2000): Programmatistische Überlegungen zu betrieblicher Gesundheitsförderung an Hochschulen. In: Sonntag, Ute / Gräser, Silke /Stock, Christiane / Krämer, Alexander (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Konzepte, Strategien und Praxisbeispiele. München

Held, Gudrun/ Bendel, Sylvia (2008): Werbung – grenzenlos: multimodale Werbetexte im interkulturellen Vergleich. Frankfurt am Main

Herman, Steffen (2005): Corporate Sustainability Branding. Wiesbaden

Hippner, Hajo/ Wilde, Klaus D. (2002): CRM – Ein Überblick. Effective Customer Relationship Management. Wiesbaden

Hofert, Maximilian (2003): Shareholder Value versus Stakeholder-Value: Eine comparative Analyse der Ansätze unter besonderer Berücksichtigung ihrer unterschiedlichen Bedeutung in Deutschland, Japan und den USA. Hamburg

Hoffmann, Stefan/ Schwarz, Uta/Mai, Robert (2012): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden

Hurrelmann, Klaus (2006): Gesundheitssoziologie. Weinheim, München

Hurrelmann, Klaus/ Franzkowiak, Peter (2011): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. (Hrsg.): Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Verlag für Gesundheitsförderung. Bern

Hurrelmann, Klaus/ Laaser, Ulrich(2006): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann/U. Laaser/O. Razum (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa

Hurrelmann, Klaus/ Klotz, Theodor/ Haisch, Jochen (2004): Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. Bern

Hurrelmann, Klaus/ Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Mediensoziologie. 8. Auflage. Weinheim

Kirchner, Achim/ Pollert, Bernd/ Polzin, Javier Morato (2004): Das Lexikon der Wirtschaft – Grundlegendes Wissen von A bis Z. Bonn

Larisch-Kempf, Cindy (2011): Psychosoziale Prädiktoren für den Therapieerfolg an www.freidok.uni-freiburg.de/volltext/7977/pdf/Larisch_Kempf_doktorarbeit.pdf (03.12.2015)

Leitfaden Prävention (2015). https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp (04.11.2015)

Leitzmann, Claus/ Müller, Claudia/ Michel, Petra/ Brehme, Ute/ Triebel, Thamar/ Hahn, Andreas/ Laube, Heinrich (2009): Ernährung in Prävention und Therapie: Ein Lehrbuch: 3. Vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart

Leppin, Anja (2004): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern

Mobilis-programm (2007): Was ist das 50+50-Punkteprogramm. <http://www.mobilis-programm.de/> (04.12.2015)

Mödritscher, Gernot (2008): Customer Value Controlling: Hintergründe - Herausforderungen – Methode. Wiesbaden

Naidoo, Jennie/ Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Gamburg

Nesterenko, Sigi (2010): Fructose – krank durch Obst, Gemüse und Süßigkeiten. Schrobenehausen

Nutbeam, Don/ Harris, Elizabeth (2001): Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Eine Einführung für Praktiker zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens von Individuen und Gemeinschaften. Gamburg

Onmeda (2008): Übergewicht: Behandlung durch den Arzt: URL: http://www.onmeda.de/Anwendungsgebiet/%DCbergewicht/anw_arztbehandlung-medikament-10.html (09.11.2015)

Pahmeier, Iris/ Niederbäumer, Corinna (2014): Step-Aerobic: Für Fitness und Gesundheit in Studio, Verein und Schule. Aachen

Paumgartner, Gustav (2013): Therapie innerer Krankheiten. Berlin

PEB (2013): Über den Verein. <http://www.pebonline.de/ueber-den-verein.html> (03.12.2015)

PEB (2015): Mitglieder nach Mitgliedergruppen. http://www.pebonline.de/uploads/tx_ernaehrungundbewegung/Mitglieder_nach_Groupen_2015_09_02.pdf (03.12.2015)

Pschyrembel, Willibald (2002): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 259. Auflage. Berlin

Schlatterer, Martina (2013): Veränderung des Bewegungs- und Ernährungsverhaltens adipöser Personen: Eine Evaluation des M.O.B.I.L.I.S Interventionsprogramms. www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/8948/pdf/Dissertation_Schlatterer.pfd (04.12.2015)

Schneider Stingelin, Colette (2014): Gesundheitskampagnen in der Schweiz. Integriertes Kampagnenmanagement mit theoretischer Fundierung und Evaluation. Konstanz und München

Schnetzer, Ronald (2013): Achtsames Prozessmanagement: Work-Life-Balance und Burnout-Prävention für Unternehmen und Mitarbeiter. Wiesbaden

Schuppisser, Stefan (2002): Stakeholder-Management: Beziehungen zwischen Unternehmen und nicht-marktlichen Stakeholder-Organisationen; Entwicklung und Einflussfaktoren. Zürich

Schwarzer, Ralf (1992): Gesundheitspsychologie. New York

Slow Food (2015). <http://www.slowfood.com/network/de/wir-uber-uns-2/> (25.11.2015)

Spiller, Ralf/ Vaih-Baur, Christina/ Scheurer, Hans (2010): PR-Kampagnen. Band 24. Konstanz

Stötzer, Sandra (2009): Stakeholder Performance Reporting Von Nonprofit-Organisationen. Wiesbaden

Thapa-Görder, Nicola/ Voigt-Radloff, Sebastian (2010): Prävention und Gesundheitsförderung - Aufgaben der Ergotherapie. Stuttgart

Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaft: eine Einführung in Grundlagen und Praxis. Stuttgart

Weight Watchers (2015): Geschichte. <https://www.weightwatchers.com/de/ueber-uns> (15.11.2015)

WHO Technical Report Series (2000).

http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/ (18.11.2015)

Wirth, Alfred (2008): Adipositas: Ätiologie, Folgekrankheiten, Übergewicht und Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg

Zentrum der Gesundheit (2015): Fast Food macht süchtig. <http://www.zentrum-der-gesundheit.de/fastfood-sucht-ia.html> (15.11.2015)

Zuckersucht (2015): Deine Gesunde Ernährung. <http://www.deine-gesunde-ernaehrung.de/zuckersucht/> (18.11.2015)

Curriculum Vitae

Lebenslauf

Persönlicher Daten

| | |
|---------------------|------------|
| Geburtstag | 02.11.1993 |
| Geburtsort | Heidelberg |
| Familienstand | ledig |
| Staatsangehörigkeit | deutsch |

Schulbildung

| | |
|---------------|---|
| 09/10 – 07/12 | Willy-Hellpach-Schule, Heidelberg Abschluss: Abitur Fremdsprachen: Spanisch, Englisch |
| 04/13 – 04/16 | Europa Campus, Mannheim Voraussichtlicher Abschluss: Bachelor of Arts, Fachrichtung Gesundheitsmanagement |

Berufspraxis

| | |
|---------------|---|
| 11/12 – 02/13 | G.G. Hausverwaltungen, Nußloch Praktikum als Verwaltungsfachangestellte |
| 03/14 – 05/15 | Runners Point, Heidelberg Tätigkeit im Verkauf auf geringfügige Basis |
| 07/15 – 10/15 | Heidelberger Druckmaschinen, Wiesloch-Walldorf Pflichtpraktikum im Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement |

Besondere Kenntnisse

| | |
|----------|--|
| Sprachen | Spanisch (sehr gute Grundkenntnisse) Englisch (gute Grundkenntnisse) Französisch (Grundkenntnisse) |
|----------|--|



Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Vorname Nachname